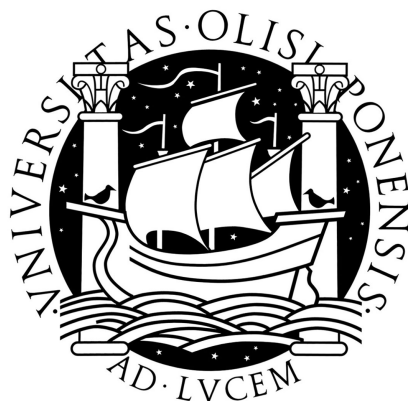


**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA**



**Educação Pré-Escolar e Promoção da
Saúde:
Que necessidades de formação profissional
contínua**

Maria Leonor de Figueiredo Salazar e Albuquerque

Lisboa

Julho de 2006

Dissertação com vista à obtenção do grau de Mestre em Saúde Escolar
Faculdade de Medicina de Lisboa

Orientadora:
Professora Doutora Ângela Rodrigues

Co-orientadora:
Professora Doutora Maria Leonor Bento

A impressão desta dissertação foi aprovada pela Comissão Coordenadora do Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 19 de Setembro de 2006.

“Cada criança e jovem da Europa tem o direito e deve ter a oportunidade de ser educado numa escola promotora de saúde.”

Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde. Resolução da
1ª Conferência. Grécia.1977

AGRADECIMENTOS

Terminada mais esta etapa de formação, não posso deixar de lembrar todos os que me auxiliaram e orientaram nesta caminhada, principalmente professores e também amigos, com quem partilhei as dúvidas e as dificuldades encontradas, por vezes difíceis de ultrapassar. Foram também eles, nesta teia de relações inter-pessoais, que me deram a força para continuar.

Os obstáculos, marcados por exigências da vida profissional e, principalmente, pessoal foram muitos e quero deixar aqui expresso a minha gratidão para quem ao longo do tempo esteve presente e me auxiliou. Aos meus filhos, João Pedro e Pedro, expliquei a importância de um percurso de evolução que me era essencial enquanto pessoa e profissional. Pedi a sua compreensão e tolerância para as minhas ausências. Espero que eu possa constituir uma referência, não apenas como mãe, mas como ser humano empenhado em realizar os seus sonhos de vida.

Em primeiro lugar, quero assim, agradecer aos meus filhos, pela sua, nem sempre presente, paciência em períodos de maior trabalho e aos familiares, que mais de perto convivem comigo; aos amigos também educadores, que ouviram as minhas dúvidas e me deram importante contributo aquando da construção do questionário, instrumento de recolha de dados utilizado no presente estudo, nomeadamente Dr. Henrique Santos, Dr.^a Glicéria Gil, Dr.^a Isabel Gerardo e Dr.^a Alexandra Marques. Agradeço também às sempre presentes Carmen Pereira e Maria do Carmo da APEI.

À Direcção da APEI agradeço a possibilidade de poder realizar o estudo e de poder conjugar, muitas vezes, o tempo de trabalho e o tempo de estudo.

De uma forma muito especial e carinhosa, manifesto aqui o meu agradecimento à Prof.^a Doutora Ângela Rodrigues, da Universidade Técnica

de Lisboa, Faculdade de Psicologia Ciências da Educação por, mais uma vez no meu percurso académico, me dispensar o seu apoio constante e sábia orientação.

Agradeço igualmente, à Prof^a Doutora Maria Leonor Bento, da Faculdade de Medicina de Lisboa, pela sua preciosa orientação.

Agradeço à Prof^a Doutora Maria José Chambel e à Dr^a Filipa Castanheira, da Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Psicologia Ciências da Educação pelo tratamento estatístico dos dados do inquérito e sempre pronta disponibilidade.

Pelo que representou para mim um importante contributo a todos os níveis, agradeço também:

- À Dr^a Gregória Von Amann da Direcção Geral de Saúde.
- À Dr^a Madalena Pereira
- À Dr^a Isabel Reis

Às minhas amigas Dr^a Paula Aguiar e Dr^a Luísa Campos agradeço o incentivo e apoio constante em momentos “menos bons”.

Finalmente, um agradecimento aos meus colegas educadores, ainda que anónimos neste estudo, que responderam ao questionário e, dessa forma, tornou possível a sua realização.

Por último, mas não menos importante, um agradecimento especial e do coração ao meu amigo Horácio Rodrigues.

Para todos o meu agradecimento, porque percorreram o caminho e chegaram até aqui comigo.

RESUMO

Historicamente o conceito de saúde evoluiu deixando de colocar a tónica na doença e focando-a na saúde. A Carta de Ottawa (1986), documento que legitima a Promoção da Saúde, perspectiva a saúde como um processo capaz de dotar os indivíduos e as comunidades com as competências necessárias de forma a aumentar o controlo sobre os factores que a determinam através de diferentes formas e meios de actuação, permitindo decisões responsáveis e informadas em sua defesa. Os locais de trabalho eram também, segundo os documentos de referência relativos à Promoção de Saúde, locais promotores de saúde e, por conseguinte, o Jardim de Infância surge como um local por excelência para o desenvolvimento da Promoção da Saúde dado a idade precoce das crianças que o frequentam (dos 3 aos 6 anos).

Pretendemos, com a realização deste trabalho, identificar necessidades de formação contínua percebidas pelos educadores de infância no âmbito da Saúde: Educação alimentar, Saúde Oral, Educação Sexual, Prevenção dos Acidentes, Prática Desportiva, Educação para o Consumo, Consumos Nocivos, Educação Ambiental e Segurança. Tivemos como amostra os educadores de infância associados da Associação Profissional de Educação de Infância e utilizámos como metodologia de estudo o questionário enviado para os 2700 associados, tendo obtido 499 questionários, o que perfaz 18,48% de resposta. Concluímos que os educadores de infância têm adquirido a noção de Promoção da Saúde e que os temas mais incluídos nos seus Projectos Curriculares de Sala são a Educação Alimentar, a Educação Ambiental, a Segurança e a Saúde Oral. Quanto aos outros temas e, de um modo geral, os educadores não revelam interesse em frequentar acções sobre eles ou em assuntos com eles relacionados, pelo que não parece ser suficiente “oferecer” formação devendo antes ser desenvolvidas estratégias de motivação para que se interessem por essas temáticas de forma a, no futuro, as poderem incluir nos seus Projectos Curriculares de Sala.

Palavras-chave: Saúde, promoção da saúde, educação pré-escolar, formação contínua.

ABSTACT

Historically, the concept of Health has developed giving more emphasis to the Health in stead of the Disease. The Ottawa Letter (1986), document that faces Health as a process capable of giving people and communities the necessary competences in order to increase the control upon the factors that determine it through different ways and means of performance, allowing responsible and informed decisions on its behalf. The places of work were also, according to the reference documents relating to Health Promotion, health promoter places and, as a consequence, the Kinder Garden comes as a privileged place to the development of Health Promotion regarding the early age of children that attend it (from 3 to 6 years old).

We intend, with this assignment, to identify the needs related to formation in progress felt by pre-school teachers concerning Health: Nourishment Education, Oral Health, Sexual Education, Accident Prevention, Sports Practice, Consumerism Education, Harmful Consumerism, Environmental Education and Security. We had, as a sample, the Pre-school teachers associated to the “Associação Profissional de Educação de Infância” and we have used, as methodology of study, the survey sent to the 2700 associated, having received 499 inquiries which makes 18,48 per cent of answer. We have concluded that the Pre-School teachers had already acquired the notion of Health Promotion and the most common themes included in their Curriculum Projects in the Classroom are Nourishment Education, Environmental Education, Security and Oral Health. Concerning the other mentioned themes and, generally speaking, Pre-School teachers don't show interest in attending workshops on those or on other related subjects. Thus, it doesn't seem enough “to offer” formation but to develop strategies to motivate teachers to those themes so that, in the future, they could be part of their Curriculum Projects in the Classroom.

Key-words: Health, Health Promotion, Pre-School Education

Índice dos Quadros

Quadro 1 – Temas de Saúde Escolar.....	57
Quadro 2 – Princípios de uma Escola/Jardim-de-infância Promotor de Saúde.....	58, 59

Índice dos Gráficos

Gráfico 1 – Idade.....	60
Gráfico 2 – Género.....	61
Gráfico 3 – Anos de serviço.....	62
Gráfico 4 - Contexto em que desenvolve a sua actividade.....	62
Gráfico 5 – Rede à qual pertence a instituição.....	63
Gráfico 6 – Habilitações profissionais.....	64
Gráfico 7 – Tipo de formação e anos de serviço.....	65
Gráfico 8 – Tipo de formação e habilitações literárias.....	67
Gráfico 9 – Conceito de Promoção de Saúde.....	70
Gráfico 10 – Distribuição dos sujeitos segurando a variável “tendência”	71
Gráfico 11 – Variável “tendência e anos de serviço.....	72
Gráfico 12 – Variável “tendência” e rede a que pertence a instituição	72
Gráfico 13 – Variável “tendência” e contexto em que desenvolve a actividade	73
Gráfico 14 – Variável “tendência” e habilitações profissionais.....	73
Gráfico 15 – Temas incluídos no Projecto Curricular de Sala.....	75
Gráfico 16 - Tempos dedicados aos temas escolhidos no Projecto Curricular de Sala por mais de 60% dos educadores.....	76
Gráfico 17 - Tempos dedicados aos temas escolhidos no Projecto Curricular de Sala por menos de 60% dos educadores.....	77
Gráfico 18 – Interesses de formação.....	80
Gráfico 19 – Educação Sexual / Desenvolvimento humano e sexualidade.....	82

Gráfico 20 - Prevenção de acidentes / prevenção de acidentes em meio escolar e periescolar.....	84
Gráfico 21 – Prevenção de acidentes / Prevenção rodoviária.....	85
Gráfico 22 – Prática Desportiva / Prática Desportiva e Vida Saudável.....	86
Gráfico 23 – Prática Desportiva / Prática Desportiva e Desenvolvimento Pessoal.....	87
Gráficos 24 – Educação para o consumo/ Educação para o consumo.....	88
Gráfico 25 – Educação para o consumo/ Consumo e Sociedade.....	89
Gráfico 26 – Consumos Nocivos/ Consumos Nocivos e Saúde Física.....	90
Gráfico 27 – Consumos Nocivos/ Consumos Nocivos e Saúde Mental.....	90
Gráfico 28 – Principio da democracia.....	92
Gráfico 29 – Principio da equidade.....	93
Gráfico 30 – Princípio do “ <i>empowerment</i> ” e competência para a acção.....	94
Gráfico 31 – Ambiente escolar.....	96
Gráfico 32 – Currículo.....	97
Gráfico 33 – Formação de professores.....	98
Gráfico 34 – Avaliação do sucesso.....	99
Gráfico 35 – Colaboração.....	100
Gráfico 36 – Comunidade.....	100

ÍNDICE

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	iii
Abstract.....	iv
Índice dos Quadros.....	v
Índice dos Gráficos.....	vi
<i>CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO</i>	3
<i>CAPÍTULO II – A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O CONTEXTO PRÉ-ESCOLAR</i>	12
O conceito de Saúde	12
O conceito de Promoção de Saúde	19
O conceito de Escola Promotora de Saúde	23
A Educação Pré-Escolar	30
A Educação Pré-Escolar Em Portugal – Perspectiva Histórica	32
A Educação Pré-Escolar e a Promoção da Saúde	36
Breve Historia da Associação de Profissionais de Educação de Infância (APEI) e do Centro de Formação	45
<i>CAPÍTULO III - METODOLOGIA</i>	50
Estrutura do questionário	53
<i>CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</i>	60
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	60
Idade	60
Género	61
Anos de Serviço	61
Contexto em que desenvolve a actividade	62
Rede à qual pertence a Instituição	63
Habilitações Profissionais	64
FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE	65
Tipo de formação e anos de Serviço	65
Tipo de formação e habilitações literárias	67

CONCEITO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE	69
PROJECTO CURRICULAR DE SALA	75
INTERESSES DE FORMAÇÃO	79
Tema do projecto curricular e interesses de formação	81
Tema: Educação Sexual	82
Tema: Prevenção de acidentes	83
Tema: Prática Desportiva	85
Temas: Educação para o Consumo e Consumos Nocivos	88
PREOCUPAÇÕES DO JARDIM-DE-INFÂNCIA – PRINCÍPIOS DE UMA ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE	92
CAPÍTULO V – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES AO CENTRO DE FORMAÇÃO DA APEI	102
Referências bibliográficas	109
ANEXOS	116
Anexo 1 – Questionário	117
Anexo 2 – Carta da Presidente da APEI	118

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

Enquadramento e justificação do estudo

O ser humano é, de todas as espécies, aquele que durante mais tempo depende dos cuidados dos seus progenitores. A criança, frágil quando nasce, necessita que o adulto lhe forneça as condições básicas de bem-estar para sobreviver: segurança, higiene e alimentação. Da qualidade desse atendimento depende o seu futuro sob todos os pontos de vista: físico, mental, emocional e social. Ou por outras palavras: quando nasce a sua vida depende do adulto. Todavia, e à medida que cresce, é responsabilidade do adulto promover a sua autonomia para que a criança se torne um adulto responsável, autónomo, livre e solidário com vista à sua plena inserção na sociedade.”*As crianças e os jovens representam a chave do futuro (...) .Consequentemente, devem ser-lhes proporcionadas todas as oportunidades para que possam tornar-se saudáveis, adultos educados que possuam a energia, capacidade e sentido de responsabilidade essencial ao seu bem-estar no mundo moderno.”.*¹

A família tem sofrido profundas modificações ao longo dos séculos e, como ela, a forma como é vista a criança e a infância. As transformações ocorridas a nível social nas últimas décadas levaram à redefinição do papel da mulher na família e, consequentemente, à criação de novos contextos de atendimento às crianças. Surge, assim, a escola como parceiro da família na educação da criança, considerando-se que a criança desempenha um papel activo na construção do seu desenvolvimento e aprendizagem. Mas, a saúde tem sobre a capacidade de aprender um poderoso impacto e a escola constitui um meio particularmente privilegiado de educação e promoção da saúde ao promover conhecimentos e

competências que favorecem as escolhas saudáveis das crianças assim como a possibilidade de estas poderem adquirir hábitos e práticas de saúde, por vezes, inexistentes no seu meio familiar e meio social de origem.

O objectivo da escola é o de preparar academicamente a criança de acordo com o seu grau de ensino, mas a escola tem por fim último o de preparar a criança para o sucesso, não só na escola, mas também na vida. E este sucesso na vida passa pela aquisição de conhecimentos e competências relacionadas com a procura do que é para si vital: bem-estar físico, emocional e social.

Perante as múltiplas solicitações a que todos estamos sujeitos, incluindo a criança, sofremos os efeitos do ritmo acelerado do dia-a-dia, do stress, das frustrações, da impotência para a resolução de pequenas questões do quotidiano ... “viver em equilíbrio”/“viver com saúde” torna-se difícil quando diariamente somos obrigados a adaptações constantes. É-nos exigido, crescente capacidade de adaptação às transformações cada vez mais rápidas e mais complexas da sociedade.

A Promoção da Saúde é um processo permanente que se desenvolve ao longo da vida e que permite ao individuo a escolha consciente no que se relaciona com a sua saúde e a dos que o rodeiam. Incentivar a Promoção da Saúde torna-se, cada vez mais, uma prioridade porque muitos problemas de saúde estão inter-relacionados com o estilo de vida e o comportamento, sendo estes os principais responsáveis pelo bem-estar individual e pelo nível de qualidade de vida de uma comunidade. Por conseguinte, a Saúde tem, não apenas uma dimensão biológica, mas também uma dimensão social e cultural. Assim, assistimos nas últimas décadas a um crescente interesse a nível internacional pelo

desenvolvimento de estilos de vida saudável no seu múltiplo sentido: somática, mental, social e educacional.

Sabendo o quão importante é a sensibilização precoce para a mudança de atitudes face a si e aos outros, a educação pré-escolar (dos três aos seis anos) não sendo obrigatória, é, contudo, a primeira etapa da educação básica, complementar da acção educativa da família e surge como primeiro contexto formal de intencionalidade educativa. O Jardim-de-Infância surge, assim, como um local privilegiado para que, o mais precocemente possível, se inicie o processo de “construção de cidadãos saudáveis”. O papel do educador de infância, a seguir à família, é primordial para o desenvolvimento de actividades de Promoção da Saúde uma vez que é nesta faixa etária, dos 3 aos 5 anos, que a criança inicia o seu projecto pessoal de vida. O educador tem o dever de criar as condições óptimas de aprendizagem, sem nunca perder de vista o desenvolvimento da autonomia e do sentido crítico, que irão permitir à criança adquirir competências que lhe permitirão futuramente adoptar comportamentos saudáveis.

A questão que se nos coloca é se estarão os educadores de infância alertados e motivados para esta questão e aptos a promoverem as actividades no âmbito da promoção da saúde. A consulta por nós efectuada aos currículos das escolas e institutos que formam educadores de infância a nível nacional levaram-nos a concluir que nem todos contemplam a Promoção da Saúde. Em alguns, este tema é vagamente abordado numa ou noutra disciplina. Assim, e dado que a formação inicial não integra de forma sistemática a Promoção da Saúde nos seus currículos, é importante que seja a formação profissional contínua dos educadores de infância a contribuir para que possam adquirir e/ou actualizar conhecimentos que permitam o desenvolvimento de actividades na área específica da saúde.

Em torno da problemática da Promoção da Saúde na Educação Pré-escolar não nos foi possível identificar outros estudos, à excepção da investigação efectuada por Pereira². Com a realização do presente trabalho pretendemos dar um contributo para uma actualização dos futuros programas de formação contínua dos educadores de infância no âmbito da desta temática.

O interesse que sentimos pela Educação Pré-escolar está ligado ao nosso percurso profissional, sempre referenciado a este nível educacional, quer no exercício da profissão de educadora de infância, quer como Directora do Centro de Formação da Associação de Profissionais de Educação de Infância (APEI).

Foi, aliás, a experiência adquirida como Directora do Centro de Formação, que nos levou a considerar a importância das actividades de formação contínua na implementação de acções no âmbito da Promoção da Saúde, na medida em que irão disponibilizar conhecimentos e capacidades que a formação inicial não desenvolve ou desenvolve de forma precária.

Este trabalho fundamenta-se, também, no facto de que é na escola que a criança passa a maior parte do seu tempo, que a escola é complementar da acção educativa da família, que o jardim-de-infância é o primeiro contexto de intencionalidade educativa e que os educadores de infância assumem um papel preponderante na compreensão e aquisição de comportamento saudáveis.

Assim, o objectivo deste trabalho, realizado no âmbito do III Mestrado em Saúde Escolar pela Faculdade de Medicina de Lisboa, é conhecer as necessidades de formação neste domínio, sentidas pelos próprios

educadores de infância em exercício de funções docentes, usando para o efeito um questionário aplicado a nível nacional, aos dois mil e setecentos associados da APEI.

O problema

A escolha da Saúde Escolar prende-se com a motivação que levou à frequência deste mestrado por acreditarmos, através do trabalho desenvolvido por nós em contexto de sala de aula, de que a Saúde é uma área prioritária onde os profissionais da Educação e da Saúde devem investir por este ser um domínio que permite o desenvolvimento global e harmonioso do ser humano.

Optámos por desenvolver a nossa investigação no âmbito da educação pré-escolar por ser a nossa área de actividade profissional e por ser uma etapa de vida da criança que poderá marcar de uma forma crucial o seu comportamento futuro. A escolha da área da formação contínua, como estratégia de implementação das alterações curriculares aos programas existentes, foi marcada pela nossa formação complementar e pelo facto de actualmente trabalharmos como directora do Centro de Formação da Associação de Profissionais de Educação de Infância.

Algumas questões que se nos colocaram desde o início foram:

- Que noções têm os educadores sobre a Promoção da Saúde?
- Quais os temas que escolhem para os trabalhar na sua actividade com as crianças?
- Que tempo dedicam a esses temas no seu projecto curricular?

- Seguirão os Jardins-de-Infância onde exercem a sua actividade os princípios de uma Escola/Jardim-de-Infância Promotor de Saúde?
- Que contributo formativo poderá dar o Centro de Formação da APEI aos seus associados no âmbito da Promoção da Saúde?

Perante estas questões procurámos definir os problemas que nos propúnhamos investigar:

Saber as áreas prioritárias em que o Centro de Formação deve investir, no âmbito da formação contínua dos educadores de infância na área da Promoção da Saúde, ou por outras palavras, seleccionar os temas da Saúde que poderão orientar a organização de acções de formação cujos destinatários são os educadores de infância. Definir, ainda, quais as estratégias a seguir para “cativar” os educadores para as áreas da Promoção da Saúde por eles menos contempladas no seu projecto curricular de sala.

Não formulámos hipóteses e tal ausência é justificada pela natureza exploratória do estudo que nos propusemos realizar, mais orientado para uma investigação de tipo descritivo.

Os objectivos

Os objectivos que procurámos alcançar e que orientaram o desenvolvimento deste trabalho foram os seguintes:

- Conhecer quais os conceitos de Promoção da Saúde na óptica dos educadores de infância.

- Conhecer os temas da Saúde que os educadores de infância incluem no seu Projecto Curricular de Sala e que tempos lhes dedicam no seu dia-a-dia.
- Identificar assuntos/temas, no âmbito da Promoção da Saúde, que são do interesse dos educadores de infância e que poderão ser incluídas nas acções de formação contínua do Centro de Formação da APEI, isto é, identificar quais as necessidades de formação contínua no âmbito da Promoção da Saúde visando organizar acções de formação específicas nesta matéria.
- Conhecer qual a percepção dos educadores de infância sobre os princípios de uma Escola/jardim-de-infância Promotor de Saúde “vividos” no Jardim-de-infância onde exercem a sua actividade docente.

A metodologia

Pretendíamos apurar e descrever necessidades de formação profissional contínua dos educadores de infância na área da Saúde, apoiada pelo estudo realizado por Pereira que refere, nas suas conclusões, que *“as educadoras encontram-se carenciadas de formação e manifestaram-no da maneira mais evidente. Feito o cômputo global das respostas, aquela que mais insistentemente foi referida, foi a necessidade de formação: 50% das educadoras propõem-na”* e que *“a formação de professores, neste caso concreto de Educadores de infância, é a mola real da melhoria da qualidade da prática escolar. Assim, seria recomendável disponibilizar com carácter de urgência e obrigatoriedade uma oferta nacional de acções de formação, no âmbito da Promoção e de Educação para a Saúde”*²

O questionário era a técnica que melhor se adequava à amostra que pretendíamos estudar: os educadores da Associação de Profissionais de Educação de Infância, num total de dois mil e setecentos associados a

nível nacional. Assim, a partir da bibliografia consultada no âmbito da Saúde, da Promoção da Saúde e da Educação Pré-Escolar construiu-se um questionário que foi sujeito à apreciação de especialistas na área da Saúde. Após essa apreciação foram feitos ajustamentos na redacção de algumas questões tornando-as mais precisas.

Estrutura do trabalho

Organizámos este documento em diferentes capítulos, com base nas diferentes etapas do trabalho de investigação.

Apresentamos no primeiro capítulo, “Introdução”, o enquadramento e justificação do estudo, o problema, os objectivos e, de forma sucinta, a metodologia seguida neste trabalho.

No segundo capítulo procedemos à revisão possível da literatura organizada em áreas temáticas que consideramos susceptíveis de ter importância para o desenvolvimento do estudo: o conceito de Saúde, o conceito de Promoção de Saúde e o conceito de Escola Promotora de Saúde. Abordamos seguidamente a educação pré-escolar, realizando uma perspectiva histórica do seu desenvolvimento em Portugal, a legislação de suporte ao exercício da profissão de educador de infância e salientamos o facto da Promoção da Saúde estar presente nas Orientações Curriculares da Educação Pré-Escolar. Faremos também uma breve resenha histórica da APEI e do Centro de Formação onde exercemos a nossa actividade profissional e instituição à qual pertencem os educadores de infância que constituem a amostra do nosso estudo. No terceiro capítulo apresentamos a metodologia seguida no presente trabalho. Dedicamos o quarto capítulo à análise dos dados recolhidos através do questionário. No final do nosso trabalho, apresentamos as conclusões e algumas ideias que poderão ser traduzidas em “Recomendações” destinadas ao Centro de Formação da

APEI ou a outros Centros de Formação que se interessem por desenvolver trabalho no âmbito específico da Promoção da Saúde na educação pré-escolar.

CAPITULO II – A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O CONTEXTO PRÉ-ESCOLAR

O conceito de Saúde

Hoje, provavelmente mais do que num passado relativamente recente, a palavra que melhor pode traduzir o objectivo a alcançar por todos para a vida de cada um é “bem-estar”. Bem-estar a nível físico, psicológico, social e afectivo ... enfim: saúde! E em duas dimensões: no diálogo de cada um consigo próprio e no diálogo com os outros, porque a nossa vida se desenrola numa teia de relações que, ao começar na família, se vai alargando progressivamente para um círculo mais alargado, sendo o primeiro deles o Jardim-de-infância, às vezes ainda precedido pela ama ou pela creche (dos 3 meses aos 3 anos).

“Ter saúde” é a expressão que melhor corresponde ao que todos nós aspiramos no nosso dia-a-dia. “Ter saúde”, “estar de boa saúde”, “estar em forma” são expressões que denotam um bem-estar geral, tanto físico como psíquico e mental, sinónimo de ausência de doença. Significa que nos sentimos bem no nosso corpo sem preocupações de maior ou especiais em relação a qualquer aspecto do seu funcionamento.

Pelo contrário, e no seu oposto, “estar doente”, “ser doente”, estar adoentada” significa que algo não está bem com o funcionamento do nosso corpo, física ou psiquicamente, algo de errado que se sobrepõe à forma inconsciente como na maioria das vezes percebemos a saúde. A saúde surge assim como algo subjectivo. *É o discurso das pessoas, ou seja, a forma como se exprimem, que ensina sobre o entendimento dos*

conceitos numa determinada sociedade. Nesse discurso se aprende que, de uma forma geral, saúde é associado, no pensamento individual, a ausência de doença que impossibilita a vida normal do quotidiano porque retira capacidades (caso das doenças agudas) ou possibilidades (doenças que exigem tratamentos que ocupam o tempo), ou ainda porque constitui uma ameaça à vida (as doenças que se sabem serem progressivamente incapacitantes e aquelas cujo controle pela medicina não está assegurado, caso dos cancros, por exemplo).⁶

Recuando no tempo, poder-se-á dizer que durante séculos houve doenças que marcaram épocas, como o caso da peste negra no século XIV, da lepra no século XIII, da varíola no século XVIII, da sífilis no século XV e da cólera no século XIX. *O medo dominava e os doentes eram em muitos casos abandonados ou expulsos das comunidades.*⁶, eram culpados pela sua própria doença como se de uma maldição de Deus se tratasse.

Ao longo da história, políticos e teóricos preocuparam-se com a relação entre saúde e as condições e qualidade de vida. No século XVIII, por exemplo, Johann Peter Frank (director geral de saúde pública da Lombardia e professor da Faculdade de Medicina) escrevia que a pobreza e as más condições de vida, de trabalho e de nutrição, entre outras, eram as principais causas das doenças, defendendo reformas sociais e económicas, mais do que as reformas sanitárias e Chadwick, na 1ª metade do século passado, referia que a saúde dos ingleses era afectada pelo estado dos ambientes social e físico.⁷

Segundo Almeida⁸ a saúde pública enquanto ciência foi criada em Portugal no século XIX. Foi o inglês John Simon (1816-1904), cirurgião de formação, quem no século XIX impulsionou a saúde pública enquanto corpo organizado de conhecimento. Desde então, a saúde pública, em Portugal e no mundo, tem vindo a sofrer uma evolução permanente: do

sanitarismo dos seus primórdios passou-se, em meados dos anos 90, para a moderna saúde pública. A moderna saúde pública assenta na promoção da saúde e na capacitação e co-responsabilização dos indivíduos e das comunidades quanto à correcta gestão da sua saúde⁸.

Lidar com os principais determinantes da saúde assume um grande potencial para reduzir o risco da doença e promover a saúde da população em geral. Os principais determinantes da saúde são referidos na Declaração de Jacarta, 4^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, como sendo a paz, a habitação, a educação, a segurança social, o relacionamento social, a alimentação, os rendimentos, a capacitação das mulheres, um ecossistema estável, uma utilização sustentável dos recursos, a justiça social, o respeito pelos direitos humanos e a equidade²⁹.

A saúde pública da actualidade, nos países desenvolvidos do ocidente, não enfrenta as mesmas epidemias do início do século XX mas enfrenta, desde as suas últimas décadas, novos desafios: o aparecimento de novas e ameaçadoras doenças, entre as quais se podem referir o cancro, o alcoolismo, a obesidade, a dependência de substâncias aditivas e o HIV, resultantes, não da falta de higiene, da fome ou da guerra mas dos estilos de vida ^{6,p.28}. Perante as actuais patologias de génese comportamental, há que desenvolver estratégias dirigidas a todos sem excepção mas prioritariamente à infância e à adolescência, idades consideradas “chave” na aquisição de atitudes e hábitos de vida saudáveis ⁹. Segundo Landsheere⁴⁰, *segundo o velho ditado popular, “mais vale prevenir do que remediar”, a prevenção deve ser permanente e acompanhar os jovens durante toda a escolaridade ou no ambiente de trabalho. Esta educação tem de superar uma grande dificuldade: a falta de visibilidade imediata dos comportamentos sãos. Por outro lado, os programas que versam sobre a aquisição de uma capacidade ou de uma atitude isoladas, muitas vezes*

não são bem sucedidos. Portanto, é no sentido de uma conjugação de acções que é necessário voltar-se.

A adopção de comportamentos relacionados com a saúde é um processo complexo e relacionado, não só com os conhecimentos sobre a saúde, para os quais contribuem inegavelmente os profissionais da Saúde, mas também com os valores, crenças e atitudes individuais, estes sim, adquiridos desde a faixa etária mais precoce onde entra, sem dúvida, a família e a escola, contextos do quotidiano da vida da criança.

O processo de aprendizagem do ser humano em qualquer domínio, e não apenas no domínio da saúde, apela a aquisição de capacidades e de competências a todos os níveis: sensório-motor, cognitivo, afectivo e social, que no seu conjunto determinam a forma como o indivíduo se relaciona consigo mesmo e com os que o rodeiam. Para que tal processo ocorra é necessário, como condição básica, que o indivíduo detenha uma “boa saúde”. Assim, a saúde não é uma finalidade mas sim um recurso para a vida. ^{10,11}

O conceito de Saúde é vasto e existem várias definições. Em 1946 a OMS definiu-a não apenas como a ausência de doença mas como um estado completo de bem-estar físico, mental e social.

A conferência realizada em Alma-Ata (1979), Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, já tinha considerado a saúde intimamente relacionada com o desenvolvimento económico-social e com a qualidade de vida da sociedade, afirmando *a saúde como direito humano fundamental e meta social mundial que exige vontade política, participação organizada da população e responsabilidade e auto-determinação das pessoas*⁶.

Na Carta de Ottawa¹¹, em 1986, a Saúde é definida como *um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas*. A saúde resulta dos cuidados que cada pessoa é capaz de prestar a si própria e aos outros; ser capaz de tomar decisões e de assumir o controlo sobre a sua vida; assegurar que a sociedade em que vive cria condições para que todos os seus membros possam gozar de boa saúde. Este documento aponta a educação como um dos pré-requisitos para a Saúde.

Djourns ¹² refere que a Saúde é a *capacidade de cada homem, mulher ou criança de criar e lutar pelo seu projecto de vida, em direcção ao bem-estar* e para Roy ¹² a saúde é *um estado tal que toda a vida se transforma num constante crescimento*.

Podemos dizer que estas últimas definições têm um cariz mais dinâmico e abrangente do que a definição da OMS (1946) e remetem para o conceito de aprendizagem, pois o conceito da OMS, na década de 40, é imbuído de algum idealismo na medida em que, sendo a vida feita de tensões e pressões, mais ou menos constantes, não quer dizer que a pessoa não tenha saúde. Contudo, a principal importância da definição emitida pela OMS em 1946 reside no facto de a saúde passar a ser considerada como algo positivo, em que ter saúde deixa de ser apenas o oposto de estar doente. Silva⁶ refere que *definir saúde como bem-estar foi muito importante porque deu consistência à mudança que a realidade social vinha construindo, de saúde como um estado individual em que a pessoa não está doente, para saúde como realização do potencial humano aos níveis biológico, psicológico e social em que não basta não haver doença mas se verifica uma capacidade de viver bem e de se sentir bem*.

Portanto, a partir dos anos 40, a saúde deixa de ser considerada apenas como a ausência de doença e passa a ser considerada como bem-estar individual sob todas as dimensões: físico, mental e social. A atenção recai sobre as pessoas e não sobre as suas doenças. Torna-se importante, não intervir apenas junto das pessoas doentes, mas junto das pessoas saudáveis e ajudá-las a manter a sua boa saúde, apesar das condições adversas a que por vezes são sujeitos no dia a dia. Esta é a perspectiva salutogénica de Antonovsky (1995) pois, como refere este autor: *Estamos todos num rio que corre, num perigoso rio da vida e não na sua margem, interessa saber quão perigoso é o rio e qual a nossa capacidade como nadadores*. Na imagem utilizada pelo autor, a vida é como um rio que corre e, tal como às vezes corre calmo e tranquilo, por vezes é mais rápido e revoltoso. Assim é a vida: por vezes, sabemos vivê-la de uma forma mais sadia e outras vezes, de uma forma menos sadia dependendo dos factores externos a que somos sujeitos e da nossa própria experiência acumulada para lidar com situações ou factores de *stress* sendo, pois, importante desenvolver as nossas capacidades como *nadadores*, recorrendo à imagem de Antonovsky..

Antonovsky estabelece um *continuum* entre bem-estar e *não* bem-estar sendo importante compreender como, mesmo sob a influência de factores desfavoráveis, algumas pessoas conseguem manter a sua saúde. Desenvolveu o conceito da *salutogénese* e, segundo este conceito, o indivíduo sadio é aquele que conseguiu formar ao longo da sua vida o sentido de *coerência* sendo este, o da *coerência*, o 2º conceito desenvolvido pelo autor. Como refere Pereira², segundo o conceito da coerência, *os indivíduos e as colectividades são providos de um conjunto de recursos gerais de resistência que lhes permite enfrentar factores e condições adversas na medida em que detêm as competências necessárias, a motivação e a convicção de que tais situações são compreensíveis. Este conceito desenvolve-se se as pessoas ou as*

comunidades tiverem um percurso de vida suficiente, sobre ele reflectirem e se tornarem mais resilientes.

Portanto, o conceito actual de Promoção da Saúde caracteriza-se por ser dinâmico e proactivo, por mobilizar as competências e os recursos, individuais ou da comunidade, para enfrentar as condições adversas à sua saúde a alcançar o bem-estar em todas as suas dimensões.

O conceito de Promoção de Saúde

A expressão “promoção da saúde” foi usada pela primeira vez em 1974 por Marc Lalonde, Ministro da *National Health and Welfare* do Canadá num documento chamado *The New Perspectives on the Health of Canadians*³⁰ e destacava a influência de factores ambientais, comportamentos individuais e modos de vida na ocorrência de doenças e na morte. A estratégia de trabalho por ele apresentada nesse documento preconizava que a promoção da saúde deveria combinar as melhorias ambientais com as mudanças de comportamentos o que reduziria a morbilidade e as mortes prematuras.¹³

Como já referido no ponto anterior, as mudanças no campo da saúde pública, particularmente a promoção da saúde na década de 70, levaram a mudanças nos princípios que sustentaram até aí a concepção de saúde. A saúde, na “velha” saúde pública tinha como único enfoque a prevenção de doenças, era o modelo biomédico de saúde. Os médicos eram os principais responsáveis pela saúde, já que o conceito de saúde correspondia à ausência de doença.^{27,38}

Na “nova” saúde pública, à luz da promoção da saúde, o conceito de saúde abrange objectivos mais amplos, deixa de ser a ausência de doenças e passa a ser uma fonte de vida.^{6,8,13,14} Assim, na versão contemporânea, a promoção da saúde é um processo permanente ao longo da vida e prepara o indivíduo para fazer escolhas e para lutar por uma vida mais saudável. Neste novo paradigma o indivíduo é estimulado a tomar decisões sobre a sua própria vida, de uma forma autónoma e conscientemente assumida. O que se espera do indivíduo é que seja responsável pela sua vida, é que ele construa o curso da sua vida em

consequência de tais escolhas evitando comportamentos de risco para si próprio, para os outros e para o meio ambiente.

A promoção da saúde dá ênfase às influências sócio-ambientais nos padrões de saúde em vez de focalizar as causas individuais das doenças. Estas ideias vieram a ser aprofundadas pela Organização Mundial de saúde (OMS) e em 1986, na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa, a ideia de Promoção de Saúde foi formulada. A Carta aprovada nessa conferência é um dos documentos mais referenciados por ter sido pioneiro na concepção do conceito da Promoção da Saúde e continha as orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e seguintes. Foi uma primeira resposta no sentido de se conseguir um novo movimento de Saúde Pública, a nível mundial.

Na Carta de Ottawa a promoção da saúde é definida como um processo através do qual os indivíduos são capacitados a ter um maior controle sobre a sua saúde e a melhorá-la o que significa o reconhecimento da importância do poder e do controle (*empowerment*) para a promoção da saúde.¹¹ Nesta conferência é proposta uma concepção positiva da vida ao preconizar que a saúde é um recurso do dia-a-dia e não um objectivo da vida e realça a importância da saúde para uma vida social e económica produtiva; a Promoção da Saúde é entendida como *o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. A saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da saúde não é uma responsabilidade*

exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar.¹¹

Os pré-requisitos para a Saúde ou condições básicas emanados na Carta de Ottawa são: *paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. A melhoria de vida decorre da garantia destas condições básicas e a saúde é um recurso da maior importância para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma dimensão importante da qualidade de vida. Os factores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem ser favoráveis ou nocivos à saúde¹¹.* A promoção da saúde tem por objectivo tornar estes factores favoráveis à saúde.

Segundo a Carta de Ottawa o objectivo da Promoção da Saúde é a procura da equidade em saúde, isto é, a promoção da saúde pretende reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações pretendendo assegurar a igualdade de oportunidades e recursos com o objectivo de capacitar de igual modo as diferentes populações para a mais completa realização do seu potencial de saúde. Para atingir tal objectivo é necessário um meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam escolhas saudáveis, pois as populações não podem realizar o seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os factores que a determinam.

Assim, não pode ser exclusivamente o sector da saúde a assegurar as condições básicas e as expectativas face à saúde na medida em que a promoção da saúde exige a coordenação de todos os intervenientes: governos, sectores da saúde, da sociedade, da economia, organizações não governamentais, organizações voluntárias, autarquias, empresas, comunicação social e escolas. As populações devem ser envolvidas

enquanto indivíduos, famílias e comunidade e os profissionais de saúde têm a responsabilidade de informar sobre as melhores escolhas em termos de saúde e ser parceiros, nomeadamente da escola. Por outro lado, os programas e as estratégias de promoção da saúde devem ser adaptados às possibilidades de cada país e região, isto é, devem ser adaptados às necessidades locais tendo em consideração os diferentes sistemas sociais, culturais e económicos.

Segunda a perspectiva da promoção da saúde as opções saudáveis ficam mais fáceis de tomar pelo indivíduo sendo precisamente o poder da escolha a sua essência. Desta forma, os promotores de saúde devem informar os indivíduos e as comunidades quanto às vantagens e desvantagens das várias opções relativas às questões de saúde e os recursos devem estar disponíveis de forma a possibilitar a opção escolhida. Assim, a escolha informada é o princípio da promoção da saúde e a educação para a saúde uma estratégia.

O conceito de Escola Promotora de Saúde

O conceito de Escola Promotora de Saúde foi debatido no princípio dos anos oitenta e é hoje aceite como uma abordagem à promoção da saúde, na medida em que a escola é uma via ideal à concretização dos princípios da Promoção da Saúde¹.

Os documentos de referência à Promoção da Saúde consideram os locais de trabalho como promotores de saúde e referem que os mesmos devem criar as condições ideais para que tal se verifique². Assim, também a escola é um local excelente de disseminação dos ideais da Promoção da Saúde tendo em conta a idade precoce das crianças que a frequentam e dado que as aprendizagens se fazem em espiral consoante o nível etário das crianças. Esta aprendizagem em espiral permite aos alunos rever aspectos da saúde consoante a sua idade de maneiras variadas e inovadoras ao longo do seu percurso escolar^{1,2}. Se as crianças aprenderem precocemente, na fase inicial da escolaridade, ou seja, na educação pré-escolar, a valorizar a sua saúde e a dos outros, aprenderem a respeitar o ambiente, a fazer escolhas e a desenvolver o sentido crítico serão, no futuro, cidadãos responsáveis e dotados das competências e conhecimentos necessários a evitar comportamentos que ponham em risco a sua saúde, a saúde os que os rodeiam e a preservar o meio ambiente.

A parceria para desenvolver um trabalho conjunto de forma a melhorar a saúde entre todos os envolvidos na vida da escola constituiu o ponto fulcral da Escola Promotora de Saúde. E esta parceria implica necessariamente os profissionais da Saúde, os profissionais da Educação e os demais membros da comunidade.¹

Foram as mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas, que provocaram uma mudança do conceito de saúde, como anteriormente referido, e também uma ruptura naquilo que era esperado da escola, a quem cabia instruir, e das instituições da saúde, a quem cabia cuidar.²⁷ Os seus campos de acção foram, assim, alargados e a família partilha hoje com a escola e as instituições de saúde o acto de educar os seus filhos. E não apenas com estas duas instituições, pois a comunidade exerce também o seu papel educativo. Por estas razões, a escola deve estar cada vez mais voltada para “fora”, para a comunidade envolvente, e considerá-la como parceiro educativo.

A Escola Promotora de Saúde implica que sejam utilizadas na escola metodologias activas e participativas de forma a que todos os intervenientes no processo educativo sejam ouvidos e chamados a intervir, e isso inclui os pais, os professores, os auxiliares de acção educativa, os alunos e a comunidade em geral. A escola adopta, pois uma abordagem integrada e abrangente da Promoção da Saúde dando-lhe prioridade no currículo, nas práticas de gestão da escola e no ambiente físico e social. *“Consegue-o através de mudanças nas estruturas de direcção, nas suas relações internas e externas, nos métodos de ensino e aprendizagem que adopta e nas estratégias que usa para estabelecer sinergias com o ambiente social”¹*. A Escola Promotora de Saúde implica a adopção de estratégias de participação e partilha do poder, de tomada de decisões no que é fundamental, sobretudo na Elaboração do Projecto Educativo de Escola e do seu Regulamento Interno.

A Escola Promotora de Saúde pretende que os seus ambientes sejam ambientes seguros, pretende a garantia de estilos de vida saudáveis para toda a população escolar e pretende também criar os meios para que todos quanto nela vivem e trabalham possam controlar e melhorar a sua saúde tanto física como emocional¹. É um conceito positivo e dinâmico e tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento das pessoas e das

comunidades para que possam lutar por um melhor bem-estar, conceito também comum à educação.

A Escola para ser uma Escola Promotora de Saúde terá de reflectir e investir sobre quatro dimensões essenciais:^{1,27,28}

1 – Dimensão Curricular

O currículo define os objectivos que a escola se propõe atingir e é assim uma das dimensões mais importantes na Escola Promotora de Saúde. O currículo tem que ser coerente e pertinente em relação às necessidades sentidas pela comunidade escolar e levar em consideração a comunidade na qual a escola se insere. Isso exige da escola um diagnóstico das necessidades sentidas e constatadas a nível da saúde, do ambiente e dos comportamentos de forma a delinear um plano de acção com vista à inclusão de toda a comunidade escolar num clima de escola saudável e agradável para todos, onde todos têm pela escola um sentimento de pertença. O *clima* da escola é, assim, um aspecto fundamental na Escola Promotora de Saúde.

É essencial que através do currículo os alunos reconheçam a importância e a pertinência das informações dadas em todas as disciplinas, pois estas devem trabalhar partilhando informações entre si e para o mesmo fim: a informação académica transmitida deve fazer sentido para o aluno para que este a possa relacionar com a vida e contribuir para a aquisição de competências que o habilite a gerir a sua própria saúde.

As aprendizagens devem estar interligadas o que exige dos professores uma articulação entre si para que haja coerência e sequência entre os diferentes ciclos.

Os factos e as dificuldades vividas pela escola devem ser equacionadas e reflectidas por todos para que possam ser resolvidas em conjunto. Isto é, as situações a estudar devem ter origem num trabalho conjunto de situações comuns da vida, do meio envolvente, da escola e dos alunos. Os alunos devem reconhecer como é importante uma reflexão conjunta para determinar as medidas a tomar para resolver os problemas do quotidiano que possam surgir. Existe assim, mesmo em situações difíceis e conflituosas, tão frequentes com e entre alunos, uma partilha de decisão.

2 – Dimensão psicossocial

Esta dimensão está relacionada com o clima e a cultura da escola. O bom clima vivido na escola é fundamental para o sucesso das aprendizagens e para o desenvolvimento de competências do relacionamento intra e interpessoal. Um bom clima de escola propicia o aumento do prazer de trabalhar na escola e o sentimento de pertença aquela comunidade educativa.

3- Dimensão ecológica

Esta dimensão procura garantir e preservar um ambiente físico seguro, agradável e que influencie o bem-estar e os comportamentos de quem vive na escola. Diz respeito, por exemplo, ao assegurar nos refeitórios refeições equilibradas e saudáveis, garantir as condições para a prática de actividades físicas regulares, ao conforto e higiene dos espaços interiores e exteriores da escola, à qualidade dos materiais e ao ambiente em geral.

A higiene e o embelezamento dos espaços interiores e exteriores da escola ganha uma importância relevante nesta dimensão em oposição a situações de insalubridade e degradação dos espaços interiores e

exteriores (espaços de lazer no espaço exterior da escola, as zonas de jardim) pois o bem-estar depende destes factores. Uma escola tratada no seu interior e exterior, embelezada e cuidada promove o bem-estar físico e psíquico e o gosto de nela viver.

4 – Dimensão comunitária

Esta dimensão refere-se à interacção estabelecida entre a escola e a comunidade onde se insere. A escola deve constituir-se como um recurso da comunidade e é importante que a escola identifique e potencialize as várias instituições que fazem parte da comunidade, nomeadamente o Centro de Saúde, devendo estabelecer com os diversos intervenientes da comunidade parcerias de forma participada e contínua.

Queremos, por último, referir os dez princípios de uma Escola/Jardim-de-infância Promotor de Saúde baseado no documento da Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras de Saúde¹ que se baseia na resolução da Conferência da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde que se realizou na Grécia, em Maio de 1997. Segundo este documento, os princípios são os seguintes:

1 – O *princípio da democracia* é favorável à promoção da aprendizagem, do desenvolvimento pessoal e da saúde da criança.

2 - Pelo *princípio da equidade*, as escolas asseguram o desenvolvimento emocional e social de todos os indivíduos e promovem o desenvolvimento máximo de cada um, livre de qualquer discriminação.

3 - Segundo o *princípio do “empowerment” e competência para a acção*, a escola promotora de saúde melhora as capacidades das crianças e fá-las agir e mudar levando à mudança positiva dos comportamentos e atitudes.

O ambiente vivido pela escola, na qual se promove o trabalho em equipa, cria condições que permitem a oportunidade de participação da comunidade educativa nomeadamente na construção do Projecto Pedagógico, na planificação das actividades e na tomada de decisões.

4 - O *ambiente escolar* é considerado, numa escola promotora de saúde, como um factor crucial na promoção e manutenção de saúde e preocupa-se com o bem-estar de toda a comunidade educativa. Este princípio inclui a preocupação com a segurança do ambiente escolar no interior do edifício, a segurança nos espaços exteriores e a higiene em todo o espaço (interior e exterior) do Jardim-de-Infância.

5 - O *currículo* deve ser elaborado de forma a implementar acções educativas que estimulem a criatividade da criança, a encorajem a aprender e lhe permitem adquirir as competências necessárias para a vida. Deve, assim, ser relevante para as necessidades actuais e futuras das crianças e actua como um estímulo para o desenvolvimento pessoal e profissional para todos os professores e os outros elementos que lá trabalham.

6 - A *formação dos professores*, inicial e contínua, é outro dos princípios enunciados e constitui, segundo o documento referenciado, *um investimento tanto na saúde como na educação*¹.

7 - A *avaliação do sucesso* é o princípio que se refere à avaliação das acções na escola e na comunidade devendo ser vista como um meio de apoio e “*empowerment*”. Refere-se assim à avaliação sistemática e contínua do trabalho desenvolvido com as crianças, do trabalho desenvolvido com os pais e do trabalho desenvolvido com a comunidade.

8 - O *princípio da colaboração* refere-se à clarificação dos papéis e das responsabilidades dos diferentes intervenientes no processo educativo.

9 - O *princípio da comunidade* refere-se à promoção da ligação entre a escola, a família e a comunidade através do trabalho em parceria. *Em conjunto, a escola e a comunidade envolvente terão um impacto positivo na criação de um ambiente social e físico conducente a uma melhor saúde¹.*

10 - O *princípio da sustentabilidade* é referente ao investimento que deverá ser realizado por todos os países na promoção da saúde nas escolas.

Em síntese, e citando Séneca, “Não há vento de feição para aquele que não sabe para onde vai ...” mas a Escola Promotora de Saúde sabe qual o caminho a percorrer, tem o seu projecto delineado, ainda que sempre inacabado por estar em constante avaliação e evolução, num processo dinâmico e participado por todos os intervenientes que trabalham na escola e vivem perto dela.

A Educação Pré-Escolar

A institucionalização da educação das crianças com idades compreendidas entre os 3 anos e a idade de ingresso no ensino básico deve-se à mudança do conceito e concepção da infância ao longo de séculos, modificando-se as representações e os papéis que a criança desempenha no seio familiar, social e escolar.³¹

Ao longo dos séculos a idade da infância foi-se constituindo como uma realidade diferente e autónoma da idade adulta, através das múltiplas redefinições sociais que foram ocorrendo, produto, também, de investigações e estudos que abarcam áreas, entre outras, como a Psicologia do Desenvolvimento, História da Educação, Sociologia da Educação, Pedagogia, Didáctica e as Ciências da Educação³¹.

As transformações ocorridas a nível social em consequência da Revolução Industrial, e principalmente a partir dos anos 40 e 50, levou à redefinição do papel da mulher na família e, consequentemente, à criação de novos contextos de atendimento às crianças.

Discursos produzidos a nível médico, filosófico e psicopedagógico, contribuíram também para que a criança não fosse considerada como “um adulto em miniatura”. A infância passa a ser considerada como um tempo único, de oportunidades únicas de desenvolvimento e aprendizagem.

A Educação Pré-Escolar em Portugal tem vindo a ser considerada nas últimas décadas como a etapa inicial de educação básica³⁶. *Se é considerado importante que as crianças de cinco, quatro e três anos frequentem a educação de infância é porque, nela e através dela, se*

desenvolvem competências e destrezas, se aprendem normas e valores, se promovem atitudes úteis para o futuro aluno do ensino básico, secundário e superior e úteis para o futuro cidadão³².

Os Países têm actuado segundo este pressuposto tendo em atenção os dados provenientes da investigação, que confirmam as vantagens educativas para as crianças da frequência da educação pré-escolar e das características actuais das sociedades desenvolvidas, nas quais as famílias não bastam por si só para uma educação completa da criança, por estarem impreparadas (para o avanço sentido a todos os níveis) e indisponíveis (falta de tempo disponível, a mulher tem necessidade de trabalhar).

A Educação Pré-Escolar Em Portugal – Perspectiva Histórica

A Educação Pré-Escolar em Portugal passou por fases e por estádios de evolução semelhantes aos outros países da Europa. Contudo a história revela um atraso quanto à sua implementação oficial. As primeiras instituições, para crianças até aos seis anos, datam do século XIX. Os primeiros Jardins-de-infância em Portugal datam de 1834, durante a Monarquia. Foram criados para responder a uma necessidade social, destinadas a crianças desfavorecidas e situavam-se nas grandes cidades. Eram os chamados “asilos”, de iniciativa privada, encontrando-se alguns deles ainda hoje em funcionamento. Em 1882, abriu o primeiro Jardim-de-infância oficial em Lisboa, data em que se comemorava o centenário do nascimento de Froebel^{33,35}.

José Augusto Coelho, pedagogo, numa das suas obras, em 1893, menciona um currículo para idade dos três aos oito anos, sendo referidas as áreas do desenvolvimento psicomotor, emocional, social, estético e intelectual. No Diário do Governo, nº 141 de 27 de Junho de 1896 é publicada alguma legislação sobre os objectivos da Educação Pré-Escolar e sobre a formação dos Educadores de Infância^{33,31}.

Em 1911, primeiro ano da República, começam a funcionar os dois primeiros Jardins-de-infância a utilizar o método João de Deus, contudo o movimento para a sua fundação ainda se iniciou na Monarquia^{35,33}.

De 1910 a 1926 foram criados apenas 12 novos Jardins-de-infância: sete Jardins-de-infância oficiais no Porto, quatro privados João de Deus (Coimbra, Figueira da Foz, Alcobaça e Lisboa) e a Escola Israelita^{33,31}.

Na 2ª República (1926-1937) são extintos, por Diário da República nº 28081/1937, os Jardins-de-infância então em funcionamento^{34,33}. O Governo considerava que a taxa de cobertura (1%) era mínima e que o alargamento, a toda a população, não era viável para a Tesouraria Pública. As medidas políticas do governo orientavam-se no sentido de estimular o papel educativo das famílias e, também, no apoio a instituições particulares, deixando o Ministério da Educação de ser o responsável pela Educação Pré-Escolar. Por conseguinte, este acontecimento remeteu para os Ministério do Interior, Ministério das Corporações e Previdência Social, Ministério da Saúde e Assistência, que passam a desenvolver serviços para as crianças antes da entrada no ensino obrigatório, tendo como objectivo primordial a diminuição da mortalidade infantil através da melhoria das condições de higiene e alimentação. Como não existia, nessa época, pessoal especializado em educação para esta faixa etária, as enfermeiras de saúde pública tiveram um papel fundamental³³.

A grande preocupação na década de 50 ainda era a do ensino primário, podendo afirmar-se que até 1966 as instituições, para crianças com menos de seis anos de idade, não tinham objectivos educacionais e o pessoal não tinha qualificação específica³³.

A “Reforma Veiga Simão” em 1973, reintegrou a Educação Pré-Escolar no sistema educativo oficial, após a sua extinção como ensino oficial no Estado Novo³³. Em 1977 é definida a criação do Sistema Público de Educação Pré-Escolar, Lei nº5/77, e em Dezembro de 1978 são criados os primeiros Jardins-de-infância do Ministério da Educação sendo, em 1979, publicado o Estatuto dos Jardins-de-infância (Decreto-Lei nº 542/79 de 31 de Dezembro)³¹. *Nessa altura a cobertura total da rede de educação de infância no nosso país abrangia apenas 10% da população infantil.*³⁶

A publicação da Lei Quadro da Educação Pré-Escolar, Lei Nº 5/97 de 10 de Fevereiro, consagra a educação pré-escolar como a primeira etapa da educação básica no processo de educação ao longo da vida e como um serviço de atendimento social, vertente esta indispensável na sociedade actual em que as características pedagógicas individualizam a educação pré-escolar de outros serviços de atendimento às crianças e às suas famílias¹⁹.

Não estando ainda completamente assegurada a característica da educação básica – universalidade garantida através da acessibilidade e gratuidade – a *“Lei Quadro dá, assim, os primeiros passos para a universalização da Educação Pré-Escolar, através da difusão da oferta e da criação de uma procura acrescida”*³⁷.

O Decreto-Lei Nº 147/97 de 11 de Junho regulamenta a Lei Quadro da Educação Pré-Escolar, estabelecendo *“o regime jurídico do desenvolvimento e expansão da Educação Pré-Escolar e define o respectivo sistema de organização e financiamento (Art.º1º- Objecto)”*³⁹

Através da publicação deste Decreto-Lei *“é objectivo do Governo elevar, até ao final do século, a oferta global de Educação Pré-Escolar em cerca de 20%, de modo a abranger 90% das crianças de 5 anos de idade, 75% das de 4 anos de idade e 60% das de 3 anos de idade, alargando a possibilidade de frequência a mais de 45 000 crianças nesta faixa etária. (...) verifica-se que, apenas 50% das crianças entre os 3 os 5 anos beneficiam de ofertas a este nível .”*³⁹ O objectivo principal deste decreto-lei é o desenvolvimento de uma educação pré-escolar de qualidade devendo concretizar-se na criação de uma Rede Nacional de Educação Pré-Escolar, respondendo às necessidades educativas e à concretização do princípio da igualdade de oportunidades.

A Rede Nacional é constituída por duas redes: “a rede pública, constituída a partir da iniciativa da administração central e local, e uma rede privada, desenvolvida a partir das iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, dos estabelecimentos de ensino particular e cooperativo e de outras instituições sem fins lucrativos que prossigam actividades no domínio da educação e do ensino”³⁹

O Despacho Nº 5220/97 de 4 de Agosto - Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar - surge no seguimento da Lei Quadro da Educação Pré-Escolar uma vez que esta Lei consagra a Educação Pré-Escolar como a primeira etapa da educação básica no processo de educação ao longo da vida (Artº2º) e, nos termos da alínea b) do artigo 8º, remete ao Estado a responsabilidade de definir objectivos e linhas de orientação curricular.

Presentemente a preocupação do Ministério da Educação, e o que está em discussão entre vários parceiros, é a definição de competências para a educação pré-escolar com a intenção de permitir uma melhor sequencialidade para o 1º Ano do Ensino Básico e, simultaneamente, complementar as Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar. O objectivo é “traçar” as competências que o aluno da Educação Pré-Escolar deve adquirir para um melhor ingresso na escolaridade obrigatória.

A Educação Pré-Escolar e a Promoção da Saúde

Neste ponto do trabalho iremos referir a legislação na qual se fundamenta a profissionalidade do Educador de Infância e o enquadramento legal da Educação Pré-escolar, tendo o cuidado de realçar aqueles nos quais se faz alusão à Saúde/Promoção da Saúde.

Com a intenção de enunciar os referenciais comuns à actividade dos docentes de todos os níveis de ensino foi publicado, a 30 de Agosto de 2001, o *Perfil Geral de Desempenho Profissional do Educador de Infância*¹⁷ Este documento descreve as características inerentes ao desempenho profissional do educador de infância reconhecendo-o como um profissional certificado, habilitado e qualificado para a docência no sentido em que:

- promove aprendizagens curriculares, fundamentando a sua prática profissional num saber específico resultante da produção e uso de diversos saberes integrados em função das acções concretas da mesma prática, social e eticamente situada;
- assume-se como profissional de educação, com função específica de ensinar, pelo que recorre ao saber próprio da profissão, apoiado na investigação e na reflexão partilhada da prática educativa;
- exerce a sua actividade profissional na instituição educativa.

No que se refere à participação na escola e à relação com a comunidade, o educador de infância:

- participa na construção e desenvolvimento e avaliação do projecto educativo e projectos curriculares, assim como na gestão da escola atendendo à articulação com os vários níveis e ciclos de ensino;
- colabora com todos os intervenientes no processo educativo, favorecendo a criação e desenvolvimento de relações entre docentes, alunos, encarregados de educação, pessoal não docente e outras instituições da comunidade;
- promove interacções com as famílias;
- coopera na elaboração e realização de estudos e projectos de intervenção integrados na escola e no seu contexto.

Precisando o perfil específico de desempenho profissional do educador de infância, reconhece-se-lhe a responsabilidade de:

- conceber e desenvolver o respectivo currículo, através da planificação, organização e avaliação do ambiente educativo;
- organizar o espaço e os materiais, de forma estimulante e diversificada, para promover o desenvolvimento curricular;
- proceder à organização do tempo de forma flexível e diversificada;
- mobilizar e gerir recursos educativos.

O exercício da profissionalidade do educador de infância na actualidade, assenta, cada vez mais, em primados de ordem científica, conferindo-lhe um nível de preparação pessoal e profissional altamente especializado de saberes e conhecimentos a marcar o seu desempenho quotidiano.

O profissional de Educação de Infância, independentemente do contexto no qual exerce a sua profissão, seja ele a Creche, o Jardim-de-infância, o meio hospitalar; as equipas de apoios educativos ou noutros contextos educativos, é aquele que norteia a sua acção por princípios de índole pedagógica e educativa.

Como expressa este Decreto-Lei (Perfil Geral de Desempenho Profissional do Educador de Infância e dos Professores dos Ensinos Básicos e Secundário) cabe, entre outras, ao Educador de Infância, *Conceber e desenvolver o respectivo currículo, através da planificação, organização e avaliação do ambiente educativo, bem como das actividades e projectos curriculares, com vista à construção de aprendizagens integradas* (Cap. I; ponto I).

Não poderemos esquecer que a intervenção profissional, do educador de infância, se encontra marcada pela intencionalidade inerente ao processo educativo, o que passa por diferentes etapas, interligadas entre si, e que se vão sucedendo e aprofundando, tais como: observar; planejar; agir; avaliar; comunicar e articular²⁰.

A Lei de Bases do Sistema Educativo¹⁸ é a lei que estabelece o quadro geral do sistema educativo, estabelece no seu Artigo 5º os objectivos da Educação pré-escolar e enumerando os que estão relacionados com a Saúde, eles são:

- g) Incutir hábitos de higiene e de defesa da saúde individual e colectiva;*
- h) Proceder à despistagem de inadaptações, deficiências ou precocidades e promover a melhor orientação e encaminhamento da criança.*

Também o seu Artigo 31º, Apoio de Saúde Escolar, define que:

Será realizado o acompanhamento do saudável crescimento e desenvolvimento dos alunos, o qual é assegurado, em princípio, por serviços especializados dos centros comunitários de saúde em articulação com as estruturas escolares.

A Lei-Quadro da Educação Pré - Escolar¹⁹ data de 1997 e consagra o ordenamento jurídico da educação pré-escolar . Em traços muito gerais podemos referir que esta lei:

- Consagra este nível educativo como primeira etapa da educação básica; (Cap. II, art.º 2º).
- Define o papel participativo das famílias, bem como o papel estratégico do Estado, das autarquias e da iniciativa particular, cooperativa e social; (Cap. II, art.º 4º e 5);
- Compreende a rede nacional de educação pré-escolar englobando estabelecimentos públicos, privados e de solidariedade social; (Cap. II, art.º 7º).
- Define e atribui a tutela pedagógica ao Ministério da Educação (Cap. III, art.º 8º);
- Contempla as áreas do desenvolvimento pessoal e social da criança, assim como, o domínio intelectual, humano, expressivo com o objectivo de contribuir para a formação da criança como futura cidadã participante na gestão da vida democrática. (Cap.IV,artº10º).
- Define a responsabilidade de avaliar, fiscalizar e inspeccionar qualidade da educação pré-escolar; (Cap. VIII, art.º 20º e 21º).
- Consagra a gratuidade de componente educativa da educação; (Cap. V, art.º 16º).

Na sequência dos princípios enunciados na Lei de Bases do Sistema Educativo estabelece os objectivos da educação pré-escolar e no Artigo 10.º encontramos alguns objectivos relacionados com a Saúde, nomeadamente:

- a) Promover o desenvolvimento pessoal e social da criança com base em experiências de vida democrática numa perspectiva de educação para a cidadania;*
- b) Fomentar a inserção da criança em grupos sociais diversos, no respeito pela pluralidade das culturas, favorecendo uma progressiva consciência do seu papel como membro da sociedade;*
- d) Estimular o desenvolvimento global de cada criança, no respeito pelas suas características individuais, incutindo comportamentos que favoreçam aprendizagens significativas e diversificadas;*
- g) Proporcionar a cada criança condições de bem-estar e de segurança, designadamente no âmbito da saúde individual e colectiva;*
- h) Proceder à despistagem de inadaptações, deficiências e precocidades, promovendo a melhor orientação e encaminhamento da criança.*

Nos objectivos acima transcritos, a referência aos hábitos de higiene individual e colectiva, a cidadania, a consciência do papel como membro da sociedade, as aprendizagens significativas e diversificadas, as condições de bem-estar e de segurança no âmbito da saúde individual e colectiva e a despistagem de inadaptações, deficiências e precocidades remetem para conteúdos da saúde e pressupõem, da parte do educador de infância, uma intervenção pedagógica que deve ser planeada e avaliada para que a mesma seja provida de intencionalidade educativa.

No mesmo ano em que saiu a Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar foram lançadas as Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar que *“constituem um conjunto de princípios para apoiar o educador nas*

*decisões da sua prática, ou seja, para conduzir o processo educativo a desenvolver com as crianças”.*²⁰

Os fundamentos e a organização das Orientações Curriculares da Educação Pré-escolar foram elaborados a partir do princípio geral e dos objectivos pedagógicos enunciados na Lei-Quadro e constituem um conjunto de princípios gerais pedagógicos e organizativos para o educador de infância na tomada de decisões sobre a sua prática, isto é, na condução do processo educativo a desenvolver com as crianças. Este documento constitui um quadro de referência para todos os educadores e não são um programa, na medida em que são gerais e abrangentes, podendo, por isso, incluir diversas opções educativas.

As Orientações Curriculares acentuam a importância de uma pedagogia estruturada, o que implica uma organização intencional e sistemática do processo pedagógico, exigindo que o educador planeie a sua acção e intervenção e avalie o processo e os seus efeitos no desenvolvimento e na aprendizagem das crianças.

De forma sumária, o desenvolvimento curricular da responsabilidade do educador deverá ter em conta aspectos como:

- os objectivos gerais enunciados na Lei - Quadro da Educação Pré-escolar;
- a organização do ambiente educativo que suporta diferentes níveis de interacção como a organização do grupo, do espaço e do tempo, do estabelecimento educativo, a relação com os pais e outros parceiros educativos, como suporte do trabalho curricular e da sua intencionalidade;
- as Áreas de Conteúdo como referências a considerar no planeamento e avaliação das situações e oportunidades de aprendizagens abarcando três

grandes blocos, ou seja, a Área da Formação Pessoal e Social; a Área da Expressão e Comunicação e a Área do Conhecimento do Mundo.

Estas áreas de conteúdo ou de aprendizagem são vistas de forma articulada e interrelacionados entre si e têm denominações apenas como forma de chamar a atenção para aspectos que o educador deve contemplar na sua planificação. Elas não são compartimentos estanques a serem abordados separadamente tal como na promoção da saúde os assuntos se vão abordando sempre e de forma articulada ao longo das aprendizagens e dos diferentes ciclos de ensino.

O documento das Orientações Curriculares da Educação Pré-Escolar vê a criança como agente da sua própria aprendizagem sendo as decisões tomadas de forma participada (por exemplo, na elaboração das normas e regras da sala). Todo o documento é organizado tendo em vista o pleno desenvolvimento da criança, nomeadamente em assuntos relacionados com a Saúde: o desenvolvimento da auto-estima, do sentido crítico, desenvolvimento da identidade e das diferenças, educação para a cidadania, educação multicultural, vivência de valores democráticos (participação, cooperação, justiça, responsabilização, autonomia), educação ambiental, educação para a saúde, formação pessoal e social, a participação dos pais e de outros membros da comunidade para o trabalho educativo e a gestão democrática do estabelecimento.

Este documento refere na Área da Formação Pessoal e Social que “*A educação para a cidadania, baseada na aquisição de um espírito crítico e de interiorização de valores, pressupõe conhecimentos e atitudes que poderão iniciar-se na educação pré-escolar através da abordagem de temas transversais, tais como: educação multicultural, educação sexual, educação para a saúde, educação para a prevenção de acidentes, educação do consumidor*”^{20, p.55}

Na área da Expressão e Comunicação refere que todas as situações de expressão motora “(...) permitem que a criança aprenda a utilizar melhor o seu corpo e vá progressivamente interiorizando a sua imagem. Permitem igualmente que vá tomando consciência de condições essenciais para uma vida saudável, o que se relaciona com a educação para a saúde”²⁰, p.59

Na área do Conhecimento do Mundo refere que “alguns dos temas transversais enunciados na área da Formação Pessoal e Social, como por exemplo, a educação para a saúde e a educação ambiental relacionam-se directamente com o Conhecimento do Mundo.(...) Assim, a educação para a saúde e higiene fazem parte do dia a dia do jardim de infância, onde a criança terá oportunidade de cuidar da sua higiene e saúde e de compreender as razões porque lava as mãos antes de comer, se agasalha no Inverno e usa roupa mais leve quando está calor, porque deve comer a horas certas e porque não deve abusar de determinados alimentos. Estas questões podem levar ao aprofundamento de determinados conhecimentos sobre o funcionamento dos diferentes órgãos do corpo, as características que distinguem os alimentos, etc”. A educação ambiental relaciona-se com a educação para a saúde – bem-estar, qualidade de vida – incluindo os cuidados com a preservação do ambiente. Manter a sala arrumada e limpa, cuidar do espaço exterior, não deitar lixo para o chão, etc., fazem parte do quotidiano do jardim de infância.^{20,p.84}

Vejamos agora a finalidade e os objectivos da Saúde Escolar. Segundo Correia ²¹ a finalidade da Saúde em meio escolar é “a promoção da saúde do grupo populacional escolar, o que, na prática, se traduz pela criação de condições cada vez mais adequadas ao desenvolvimento potencial de cada indivíduo”.. Quanto aos objectivos, a autora traça os seguintes:

- Prevenção das doenças.

- Prevenção e diagnóstico precoce de doenças e de alterações sensoriais, afectivas, motoras e posturais.
- Apoio à família, de modo a criar um clima emocional favorecedor do desenvolvimento global das crianças e dos jovens.
- Apoio às escolas, no sentido de promover a melhoria das condições físicas, psicológicas e pedagógicas em que se realiza o trabalho escolar.
- Divulgação dos princípios de saúde que conduzam à formação de hábitos correctos, bem como a criação do sentido de responsabilidade individual e colectivos em matéria de saúde.

Como podemos constatar, a finalidade e alguns dos objectivos traçados por Correia para a Saúde Escolar são comuns aos da Educação Pré-Escolar referidos anteriormente, porque ambos, Saúde e Educação, têm o mesmo fim: contribuir para o desenvolvimento do indivíduo e das comunidades para que possam lutar por um melhor bem-estar a todos os níveis (psíquico, social, físico).

Breve Historia da Associação de Profissionais de Educação de Infância (APEI) e do Centro de Formação

A classe profissional dos educadores de infância tem uma associação que os representa, está sedado em Lisboa e é uma associação de âmbito nacional reunindo cerca de dois mil e setecentos associados.

O seu historial, embora recente, pois, a Associação comemora este ano os seus 25 anos de existência, merece ser objecto de apresentação no presente capítulo. A pesquisa bibliográfica e documental, subjacente a esta apresentação, reuniu alguns documentos publicados pela própria Associação entre os quais se destaca o contributo dos Cadernos de Educação de Infância (CEI), publicação trimestral da Associação.

Decorria a década de 80 quando Fernanda Alves Pereira, então responsável pela secção dos Educadores de Infância do Sindicato de Professores da Grande Lisboa, constatou que o sector da então designada Educação de Infância *“era muito reduzido e pouco amado”*.

Mesmo após a Revolução do 25 de Abril de 74 *“Os Educadores não tinham conseguido ainda uma afirmação profissional nem o reconhecimento oficial e social da sua importância e da sua necessidade”*. Constatação que levou a referida personalidade a *“criar uma Associação que, respeitando o Sindicato (...) fizesse o que o Sindicato não estava a fazer, ou seja, o reconhecimento dos Educadores, como uma profissão autónoma e com objectivos definidos”* ^{3,p.4}

Para poder “levar a bom porto” essa pretensão realizou-se, a 8 de Maio de 1980, uma primeira Assembleia em que estiveram presentes duzentos profissionais da Educação de Infância com o propósito de fundar uma

Associação de Educadores de Infância, capaz de representar a classe e prosseguir o cumprimento dos seguintes objectivos:

- Criar um ponto de encontro e de troca de experiências entre profissionais;
- Organizar e dinamizar situações de reunião e debate como cursos, seminários e conferências.

No ano seguinte, ou seja, em 1981 foram aprovados os primeiros Estatutos da Associação⁴ que vieram a ser publicados, em Diário da República, no dia 10 de Junho desse ano. A versão dessa época foi posteriormente revista e substituída a 3 de Junho de 2000, tendo mantido, no entanto, os fins pelos quais a Associação foi criada:

- a) Promover a formação contínua dos associados;
- b) Estimular o desenvolvimento das práticas pedagógicas, assim como a sua divulgação;
- c) Desenvolver acções conjuntas com associações similares que exerçam actividades no campo da educação, quer sejam nacionais, estrangeiras ou internacionais;
- d) Colaborar com entidades oficiais e particulares na promoção da educação de infância, esforçando-se por participar, como parceiros sociais, na política nacional da educação;
- e) Defender os interesses dos associados, no âmbito da sua actividade profissional, com exclusão dos assuntos e reivindicações de natureza especificamente sindical⁵. (Artº 2º, Estatutos da Associação, Diário da República III Série nº 205 de 6 de Setembro de 1991).

No que diz respeito à organização da Associação de Profissionais de Educação de Infância, esta conta com quatro grupos de trabalho assegurados, na maioria das vezes, pelo voluntariado dos Educadores. Um primeiro grupo assegura a publicação do Cadernos de Educação de

Infância (CEI), publicação quadrimestral na qual são divulgados artigos de natureza diversa, elaborados pelos educadores ou especialistas da educação. Para além deste grupo existe ainda o Grupo da Intervenção Precoce, o Grupo de Animação e Apoio Profissional, Grupo de Ética e Deontologia e o Centro de Formação.

Do quadro de residentes da Associação fazem parte duas Educadoras destacadas pelo Ministério da Educação, uma responsável pelos Cadernos de Educação e outra pelo Centro de Formação, e duas administrativas.

A publicação dos Cadernos de Educação de Infância teve o seu início no ano de 1987, e correspondeu à proposta e iniciativa de Conceição Moita sendo esta revista considerada como um “ *veículo de troca de saberes, informação actualizada e a sensação de pertença de um grupo profissional*”⁵. Na continuidade deste projecto surge, em Novembro de 1996, o Boletim Informativo, o qual, como o próprio nome indica, é de índole mais informativa em relação aos acontecimentos mais significativos no domínio da divulgação de acções e de acontecimentos. O Boletim Informativo cedeu lugar actualmente ao InformApei, o qual é disponibilizado aos associados através de correio electrónico e está disponível na página web⁴⁵

A Associação conta com três delegações: Coimbra, Évora e Porto sendo objectivo da presente direcção criar uma delegação na Madeira e nos Açores.

Ao longo dos seus vinte e cinco anos de existência a Associação tem centrado a sua actividade na promoção e dinamização de acções e iniciativas que visam contribuir para a valorização profissional da classe que representa. De entre muitas iniciativas, neste âmbito de intervenção,

conta-se um primeiro encontro, realizado em 1985 na Fundação Calouste Gulbenkian, subordinado ao tema “A educação de Infância em Portugal” no qual participaram o número significativo de quinhentas (500) Educadoras, “*o que era para a época e também para o espaço (...) um grande sucesso*”.^{3,p.5}

Pela comemoração do seu 20º aniversário realizou-se na Faculdade de Ciências de Lisboa, o IX Encontro Nacional de Educadores de Infância subordinado ao tema “A Educação de Infância na Viragem do Século”. O aniversário da Associação foi assinalado pela publicação de um número especial da revista (CEI nº 57), na qual se apresentou uma retrospectiva histórica da Associação que “*se constrói pensando no passado, agindo no presente e pensando no amanhã*”^{5,p.9}.

A Associação de Profissionais de Educação de Infância, dando cumprimento aos seus propósitos iniciais, organiza Seminários, Conferências, Debates e Acções de curta e longa duração. Das várias iniciativas levadas a cabo, no sentido de promover uma formação cada vez mais diversificada e adequada, conta-se o protocolo estabelecido com a Faculdade de Motricidade Humana, no biénio de 1990/1992, que permitiu a realização de um curso de formação por módulos de 20 horas cada, a decorrer aos sábados o que não condicionou a adesão dos Educadores.

No que respeita à acreditação da Associação como entidade formadora, esta veio a ocorrer em Agosto de 1993, começando a sua acção a nível nacional, no ano de 1995/96 após aprovação do Concelho Científico Pedagógico da Formação Contínua (CCPFC) e em 1997 é financiado pelo Fundo Social Europeu e Estado Português.

A directora do Centro de Formação da Associação de Profissionais de Educação articula com outros elementos da citada associação tais como:

- A Comissão Pedagógica, composta por cinco elementos provenientes de diferentes contextos educativos, desde a Inspeção à Santa Casa da Misericórdia, e com a qual reúne uma vez por mês com o objectivo de traçar linhas orientadoras em relação aos mais variados domínios da acção do Centro de Formação.
- A responsável pela gestão financeira do Centro, com quem se aconselha em relação a todas as questões financeiras.

Os vários formadores que têm colaborado com a Associação.

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

Ao definirmos o objecto do nosso estudo – conhecer as necessidades de formação dos educadores de infância no âmbito da Promoção da saúde – com o propósito de delinear as estratégias de formação contínua a serem utilizadas pelo Centro de Formação, em que a nossa amostra é constituída pelos educadores de infância associados da APEI, num total de dois mil e setecentos associados, pensámos que o instrumento de recolha de dados que melhor se adequava à nossa investigação era o questionário, pois como refere Ghiglione e Matalon⁴³, o inquérito é praticamente “*o único método que podemos, se necessário, aplicar em grande escala, escolhendo os indivíduos.*” Como referem os mesmos autores, pretendíamos interrogar um determinado número de indivíduos com o fim de retirar o maior número de conclusões possível de acordo com as suas respostas ao questionário elaborado. O método mais adequado neste domínio do diagnóstico de necessidades, sobretudo quando se tem em conta a finalidade referida pelo nosso estudo, ou seja, disponibilizar informação que permita ao Centro de Formação da APEI organizar um plano de formação que abranja interesses e necessidades dos seus muitos e dispersos associados, é o questionário (Rodrigues⁴⁶).

Dado que o domínio e o vocabulário a utilizar para elaborar as questões nos era muito familiar, não realizámos qualquer abordagem mais qualitativa ao campo de estudo, não tendo realizado entrevistas prévias na fase de concepção do questionário. Contudo, tivemos o cuidado que cada questão fosse perfeitamente clara, sem qualquer ambiguidade e que cada inquirido soubesse exactamente o que se esperava dele, tendo por isso sujeito cada item à apreciação de educadores com muita experiência e a alguns investigadores neste domínio, bem como testámos o questionário na sua globalidade com educadores de infância que frequentaram duas turmas de duas acções de formação que decorreram no Centro de

Formação da APEI, num total de cinquenta inquiridos. Este pré-teste cujo objectivo foi verificar a adequação das perguntas seguiu os três passos do método do estudo preliminar segundo Hill e Hill⁴⁴. Primeiro, foi explicado aos educadores a razão do estudo, seguidamente, e após o preenchimento do questionário, convidámos os inquiridos a falarem sobre qualquer problema encontrado no seu preenchimento e por último fez-se uma análise simples dos dados do questionário.

Os principais problemas apontados pelos inquiridos relacionaram-se com as habilitações académicas, formação profissional e princípios de uma Escola/Jardim-de-infância Promotor de Saúde. De acordo com estes problemas encontrados fizeram-se algumas alterações para melhor adequação do questionário aos educadores de infância. A versão final do questionário foi posteriormente testada num grupo de 25 formandos que frequentavam uma 3ª acção de formação, seguindo-se os passos descritos anteriormente, não tendo sido apontados pelos inquiridos dificuldades no seu preenchimento.

O questionário foi enviado em Dezembro de 2005 por via postal juntamente com a revista da Associação - Cadernos de Educação de Infância - para todos os associados a nível nacional. Para além do questionário foi enviada uma carta da presidente da associação (anexo 2) e um envelope RSF. Foram enviados questionários para o total dos dois mil e setecentos associados, no entanto a nossa amostra é constituída por quatrocentos e noventa e nove questionários, que correspondem ao número de respostas recebidas e que representa 18,48% da população alvo. Doze dos questionários recebidos foram anulados por terem sido respondidos por educadores de infância que não se encontram em actividade docente de sala de aula. A maioria dos questionários foi devolvida pelos inquiridos durante o mês de Janeiro de 2006.

Os dados obtidos foram inseridos numa folha do Programa Excell e analisados pelo Programa SPSS versão 14. Dada a natureza exploratória deste estudo e em virtude dos seus objectivos, a análise estatística dos seus dados traduziu-se, maioritariamente, num estudo descritivo das respostas dos educadores.

Na primeira parte foi feita a análise dos dados de caracterização dos inquiridos, variável a variável (idade, sexo, anos de serviço, contexto em que desenvolve a sua actividade, rede à qual pertence a instituição e habilitações profissionais).

Numa primeira abordagem aos dados relativos ao conteúdo mais significativo do nosso questionário, analisamos as frequências das respostas a cada uma das questões. Dada a natureza categorial ou ordinal das variáveis, não fazia sentido a análise de outros indicadores como a média ou o desvio-padrão.

Porém, sempre que pertinente, utilizámos também o teste do Qui-Quadrado simbolizado por χ^2 , que é um teste não paramétrico que se destina a comparar proporções, neste caso concreto, com o objectivo de comparar a distribuição de diversos acontecimentos em diferentes amostras e avaliar se estas diferem significativamente quanto às proporções desses acontecimentos.⁴⁷ Mais especificamente, esta comparação foi feita ou através do cálculo da frequência do aparecimento de cada um dos fenómenos que se pretende comparar (Ex: número de vezes que foi escolhido o tema “Educação Alimentar” e número de vezes que foi escolhido o tema “Prevenção de Acidentes”) ou de um mesmo fenómeno em contextos diferentes (Ex. Desenvolver a sua actividade em contextos diferentes e número de vezes que foi escolhido o tema “Educação Alimentar”). Esta comparação é útil pois permite estudar a ligação existente entre duas características qualitativas, como por exemplo

a comparação entre educadores que trabalham na rede oficial e educadores que trabalham na rede particular e cooperativa no que respeita à escolha do tema do projecto curricular de sala.

Estrutura do questionário

Organizou-se o questionário (Anexo 1) em três partes. A primeira parte – Dados de Identificação – tem o objectivo de caracterizar a amostra através das variáveis idade, sexo, anos de serviço docente, contexto em que desenvolve a sua actividade e rede à qual pertence a sua instituição (questões 1,2,3,4,5).

A escala utilizada para os anos de serviço docente teve por referência as fases da carreira descrito por Huberman⁴¹ e que são as seguintes:

1ª fase – 1 a 3 anos : fase de entrada na carreira e que corresponde a um “tateamento” em relação à mesma. O docente vive esta fase segundo dois tipos de sentimentos: de entusiasmo por começar uma profissão e o choque com o real. O contacto com a instituição e a turma, constituem, por vezes, um período de conflito: o jovem docente tem dificuldade em distanciar-se dos alunos, é visto por estes como “um irmão mais velho” e confronta-se, frequentemente, com problemas de indisciplina que tem dificuldade em resolver

2ª fase – 4 a 6 anos : fase da estabilização, da consolidação de um reportório científico e pedagógico. Existe já um maior conhecimento da instituição, dos alunos, um maior *à vontade* em termos pedagógicos e científicos. Acontece nesta fase uma estabilização interna do docente e consolidação do seu reportório pedagógico e científico.

3ª fase – 7 a 24 anos : fase da diversificação, do “activismo” e questionamento perante a profissão. A partir desta fase existe um diferenciamento dos docentes. Ou seja, uns docentes entram em actividades diversas ligadas à actividade escolar, investem e lideram

mudanças institucionais, dinamizam clubes, etc. Outros docentes entram numa fase de questionamento: “para que serve a instituição”, “que reformas queremos implementar” (questionamento institucional), “será que é isto que eu quero”, “será que preferiria mudar de profissão” (questionamento pessoal). É a fase em que alguns docentes abandonam a docência e mudam de profissão.

4ª fase – 25 a 34 anos : fase da serenidade, de algum distanciamento e conservadorismo. O questionamento da fase anterior conduz a estes dois tipos de atitudes: atitudes conservadoras, que levam o docente a opor-se à inovação face a reformas e projectos de avaliação e mostrando, por isso, alguma resistência à mudança, e, atitudes mais serenas em que o docente cria um certo distanciamento afectivo em relação à profissão manifestado de uma forma tranquila.

5ª fase – 35 a 40 anos: a serenidade e o conservadorismo da fase anterior conduzem a um desinvestimento na carreira. Já próxima da reforma, opera-se um desinvestimento que pode assumir duas formas: sereno, se apesar dos problemas e das dificuldades encontradas, o indivíduo gostou da profissão e se sente bem consigo próprio e reformar-se-á de uma forma serena e tranquila ou se, pelo contrário, não se sentiu realizado com a profissão, este final de carreira será acompanhado de um sentimento amargo de *não-realização*.

A segunda parte – Habilitação profissional e formação na área da saúde – compreende duas questões: uma diz respeito à habilitação profissional (questão 6) e a outra diz respeito ao tipo de formação recebida na área da Saúde (questão 7).

A terceira parte – Saúde Escolar – pretende apurar o conceito que os educadores têm de Promoção da Saúde. A questão (questão 8) é constituída por 12 questões e solicita-se ao educador que escolha as três questões que melhor traduzam o seu conceito de Promoção da Saúde.

Das 12 questões, as questões 1,3,5, 7, 9 e 12 enquadram-se no conceito da Promoção da Saúde e as questões 2, 4, 6, 8, 10 e 11 enquadram-se no conceito da Prevenção da Saúde, entendendo-se por Prevenção o conceito centrado nas doenças e referindo-se a todas as actividades que visam evitá-las mediante informação, a qual é transmitida essencialmente pelos profissionais de saúde.

As questões 9.1 e 9.2 procuram apurar que temas tinham sido eleitos aquando da elaboração do Projecto Educativo da Escola e da elaboração do Projecto Educativo do Jardim de Infância, mas no tratamento dos dados esta informação tornou-se irrelevante para o estudo pelo que não se procedeu à sua análise. Em contrapartida, tornou-se importante a informação fornecida na questão que apura quais os temas incluídos no Projecto Curricular de Sala (questão 9.3) e quais os tempos que os educadores lhes dedicam (questão 10).

A questão 11 procura apurar os temas em que os educadores poderão estar interessados para frequência futura de acções de formação. A grelha contém itens de temas mais gerais e itens relativos à Saúde Escolar. Os itens gerais estão relacionados com o desenvolvimento da criança, a avaliação, a metodologia de projecto, a construção do projecto educativo e as necessidades educativas especiais. Da nossa experiência no Centro de Formação as acções com os temas acima referidos ainda são acções que têm público quase sempre garantido correspondendo, por isso mesmo e ainda, a actuais necessidades de formação dos educadores. Também na opinião de especialistas da Saúde Escolar, estes são temas em que as educadoras têm algumas lacunas e foram também alguns dos temas a contemplar nas acções de formação referidos por Pereira² nas recomendações que fez na sua investigação, nomeadamente os 1) conceitos básicos relativos à Promoção e Educação para a Saúde e sua evolução, 2) técnicas de avaliação, 3) conceito e treino relativos à construção de um currículo de educação para a saúde, 4) informação

teórica e elementar, relativa a todas as temáticas da educação para a saúde, sem excepção, metodologias activas e actualizadas para o trabalho no Jardim de infância, 5) metodologia de projecto e avaliação e, por último, 6) conhecimentos gerais sobre as principais áreas referentes à detecção precoce e às necessidades de saúde especiais².

Assim os temas mais gerais incluídos no nosso questionário foram:

- 1- Desenvolvimento da criança
- 20 – Promoção da saúde – conceitos e evolução
- 21- Avaliação de projectos em Saúde Escolar
- 22 – Metodologia de projecto em programas de Saúde Escolar
- 23 - Construção do Projecto Educativo na área da Saúde Escolar
- 24 - Construção de um currículo de Promoção da Saúde no Jardim-de-Infância
- 25 – Necessidades de Saúde Especiais.

Procurou-se “desdobrar” cada tema da Saúde Escolar em dois assuntos de forma que se tornassem mais explícitos para os educadores, apresentando-se o quadro¹, página seguinte.

Educação alimentar	2. Conceitos básicos de nutrição e alimentação saudável 3. Necessidades alimentares e fases do desenvolvimento humano
Saúde oral	4. Saúde oral e crescimento 5. Saúde oral e cuidados de saúde
Educação sexual	6. Desenvolvimento humano e sexualidade 7. Afectos e relações interpessoais
Prevenção de acidentes	8. Prevenção de acidentes em meio escolar e periescolar 9. Prevenção rodoviária
Prática desportiva	10. Prática desportiva e vida saudável 11. Prática desportiva e desenvolvimento pessoal
Educação para o consumo	12. Educação para o consumo 13. Consumo e sociedade
Consumos nocivos	14. Consumos nocivos e saúde física 15. Consumos nocivos e saúde mental
Educação ambiental	16. Ambiente, cidadania e saúde 17. Desenvolvimento e preservação do meio ambiente
Segurança	18. Segurança em meio escolar e familiar 19. Segurança em zonas de trabalho, lazer e recreio

Quadro 1 – Temas da Saúde Escolar

Por último, a questão 12 procurava saber qual a percepção que os educadores tinham acerca dos princípios de uma escola/jardim-de-infância Promotor de Saúde “vividos” no jardim-de-infância onde exercem a sua actividade docente. Assim, a partir dos documentos consultados ^{1,22,23,24} elaboraram-se os seguintes itens apresentados no quadro 2, páginas seguintes.

Princípio da democracia	<p>1. A promoção da aprendizagem da criança.</p> <p>2. A promoção do desenvolvimento pessoal da criança</p> <p>3. A promoção da saúde da criança.</p>
Princípio da equidade	<p>4. A promoção do desenvolvimento máximo de cada criança, livre de qualquer discriminação.</p> <p>5. A promoção do desenvolvimento emocional e social de cada criança.</p>
Princípio do “empowerment” e competência para a acção	<p>6. A melhoria das capacidades das crianças.</p> <p>7. A mudança positiva dos comportamentos e atitudes na criança.</p> <p>8. A promoção do trabalho em equipa com professores e colegas.</p> <p>9. A participação da comunidade educativa na construção do Projecto Pedagógico.</p> <p>10. A participação da comunidade educativa na tomada de decisões.</p> <p>11. A participação da comunidade educativa na planificação das actividades.</p>
Ambiente escolar	<p>12. A segurança do ambiente escolar no interior do edifício.</p> <p>13. A segurança nos espaços exteriores.</p> <p>14. A higiene em todo o espaço (interior e exterior) do Jardim-de-Infância.</p> <p>15. A segurança no espaço periescolar.</p> <p>16. O ambiente enquanto factor crucial de promoção e manutenção de saúde.</p> <p>17. O bem-estar de toda a comunidade educativa.</p>
Currículo	<p>18. O estimular a criatividade da criança.</p> <p>19. O encorajar a criança a aprender.</p> <p>20. O dotar a criança com as competências necessárias para a vida.</p>
Formação de professores	<p>21. A oferta de acções de formação para docentes na área da saúde.</p>
Avaliação do sucesso	<p>22. A avaliação sistemática e contínua do trabalho desenvolvido com as crianças.</p> <p>23. A avaliação sistemática e contínua do trabalho desenvolvido com os pais.</p> <p>24. A avaliação sistemática e contínua do trabalho desenvolvido com a comunidade.</p>

Colaboração	25. A clarificação dos papéis dos diferentes intervenientes no processo educativo. 26. A clarificação das responsabilidades dos diferentes intervenientes no processo educativo.
Comunidade	27. A promoção da ligação entre a escola, a família e a comunidade através do trabalho em parceria.

Quadro 2 – Princípios de uma Escola/Jardim-de-infância Promotor de Saúde

CAPITULO IV - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Vamos iniciar a apresentação e discussão dos dados pela explicitação dos dados relativos aos respondentes do questionário. Lembramos que num universo de dois mil e setecentos sujeitos obtivemos quatrocentos e noventa e nove respostas.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Idade

Distribuindo os respondentes por três grupos de idade, podemos constatar que os sujeitos que responderam ao nosso questionário se situam, maioritariamente, no grupo acima dos 30 anos. De facto, os respondentes com menos desta idade representam apenas cerca de um terço. Importa ainda salientar que o grupo de mais de 40 anos é aquele que acolhe maior número de sujeitos.

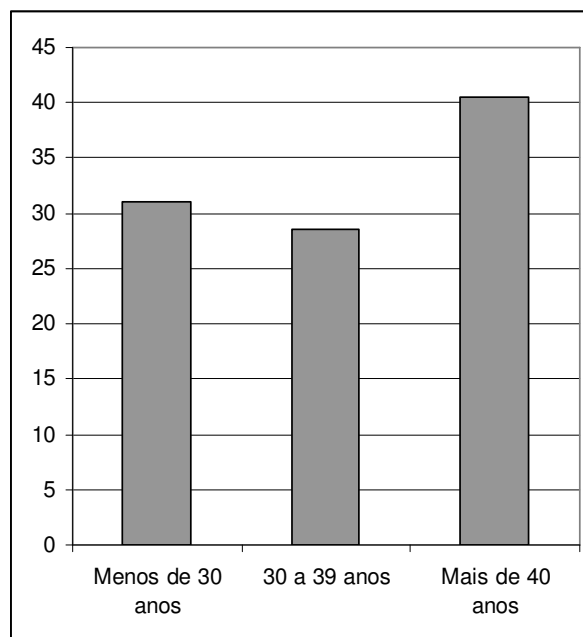


Gráfico 1 - Idade

Género

Os sujeitos do estudo são na sua quase totalidade do sexo feminino sendo uma percentagem ínfima (0,2%) a que pertence ao sexo masculino (gráfico2), o que parece ir ao encontro da ideia generalizada de que a educação pré-escolar é assegurada essencialmente por elementos do sexo feminino. Na base de dados da APEI, por exemplo, apenas existem onze educadores do sexo masculino.

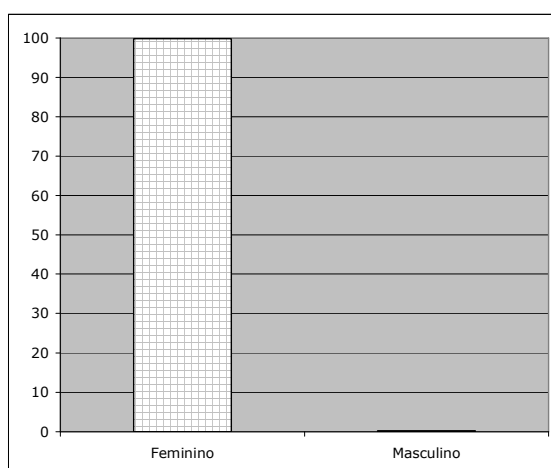


Gráfico 2 – Género

Anos de Serviço

Quanto aos anos de serviço (gráfico 3), mais de metade dos educadores situam-se entre os 7 e os 24 anos de serviço, (3ª fase da carreira descrita por Huberman). Esta fase corresponde a um maior activismo e questionamento por parte do docente, o que talvez possa explicar que tenham sido os educadores situados nesta fase que tenham sentido um maior interesse em responder ao questionário. Os docentes mais jovens, entre 1 e 3 anos de serviço, na fase de “entrada na profissão”, representam 21,2%. Os restantes sujeitos situam-se para lá dos 25 anos e são cerca de 15%.

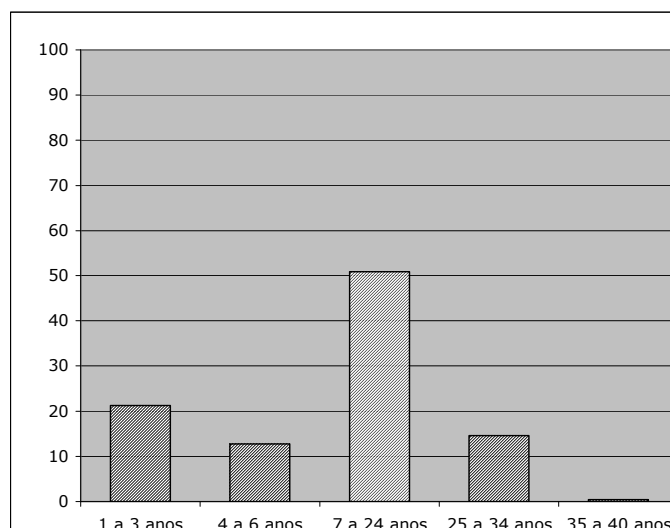


Gráfico 3 – Anos de serviço

Contexto em que desenvolve a actividade

Relativamente ao contexto em que os educadores inquiridos exercem a sua actividade docente (gráfico 4), mais de $\frac{3}{4}$ desempenha-a no jardim-de-infância (67,9%) e na creche (19,6%). Os restantes educadores desempenham a sua actividade nos Apoios Educativos (7,4%), em Actividades de Tempos Livres (2,4%) e noutros contextos (2,6%).

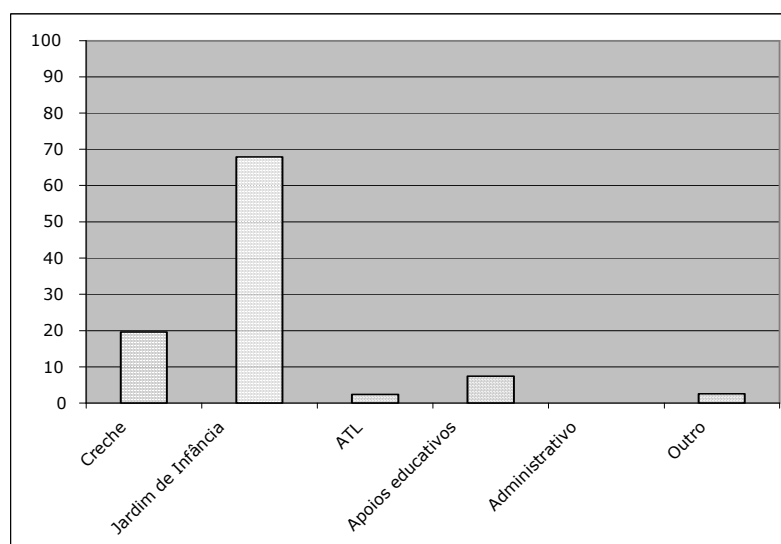


Gráfico 4 – Contexto em que desenvolve a sua actividade

Rede à qual pertence a Instituição

Pretendíamos saber a que redes pertencem as instituições onde os educadores desempenham a sua actividade (gráfico 5). Quase em igual percentagem, as instituições pertencem na maioria ou à rede pública do Ministério da Educação (39,4) ou à rede privada solidária (Instituições Particulares de Solidariedade Social - IPSS) (39,6%). Menor percentagem pertence à rede particular e cooperativa (18,1%), instituições dependentes de autarquias (1,2%) ou a outros organismos de atendimento à infância (1,8%). De acordo com a consulta por nós realizada às taxas de cobertura da educação pré-escolar⁴², a percentagem de respondentes corresponde à percentagem de estabelecimentos de cada uma destas redes.

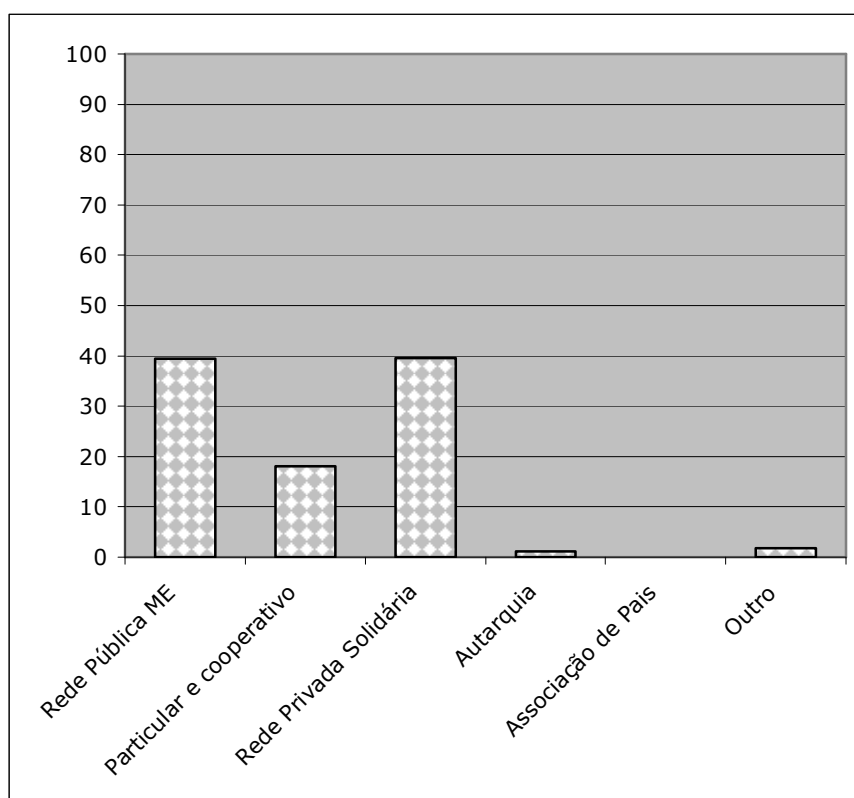


Gráfico 5 – Rede à qual pertence a instituição

Habilitações Profissionais

Para melhor caracterizar a amostra, procurámos saber as habilitações profissionais dos respondentes. A observação do gráfico 6 permite-nos concluir que a maioria dos educadores inquiridos tem o grau de licenciatura ou equiparado. Apenas uma pequena percentagem permanece com o bacharelato (8,6%), e, em oposição, mas com valores percentuais aproximados (5,2%) procurou valorizar-se através da realização de cursos de pós graduação, obtendo o grau de mestre.

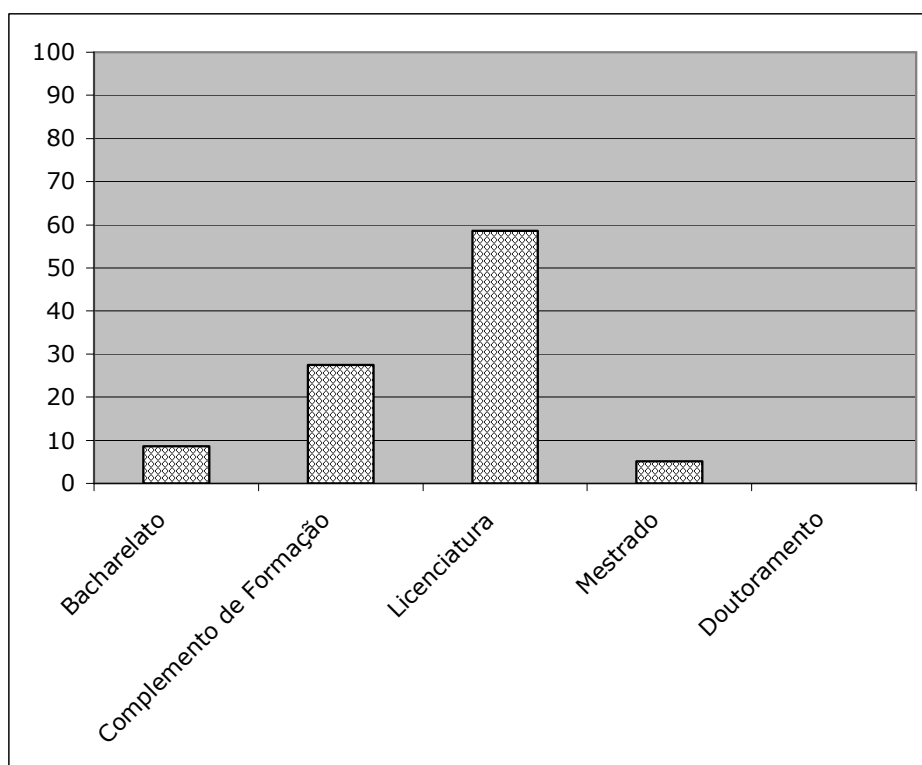


Gráfico 6 – Habilitações profissionais

FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Tipo de formação e anos de Serviço

Procurámos saber o tipo de formação recebida pelos educadores na área da saúde, relacionado com os anos de serviço que possuem.

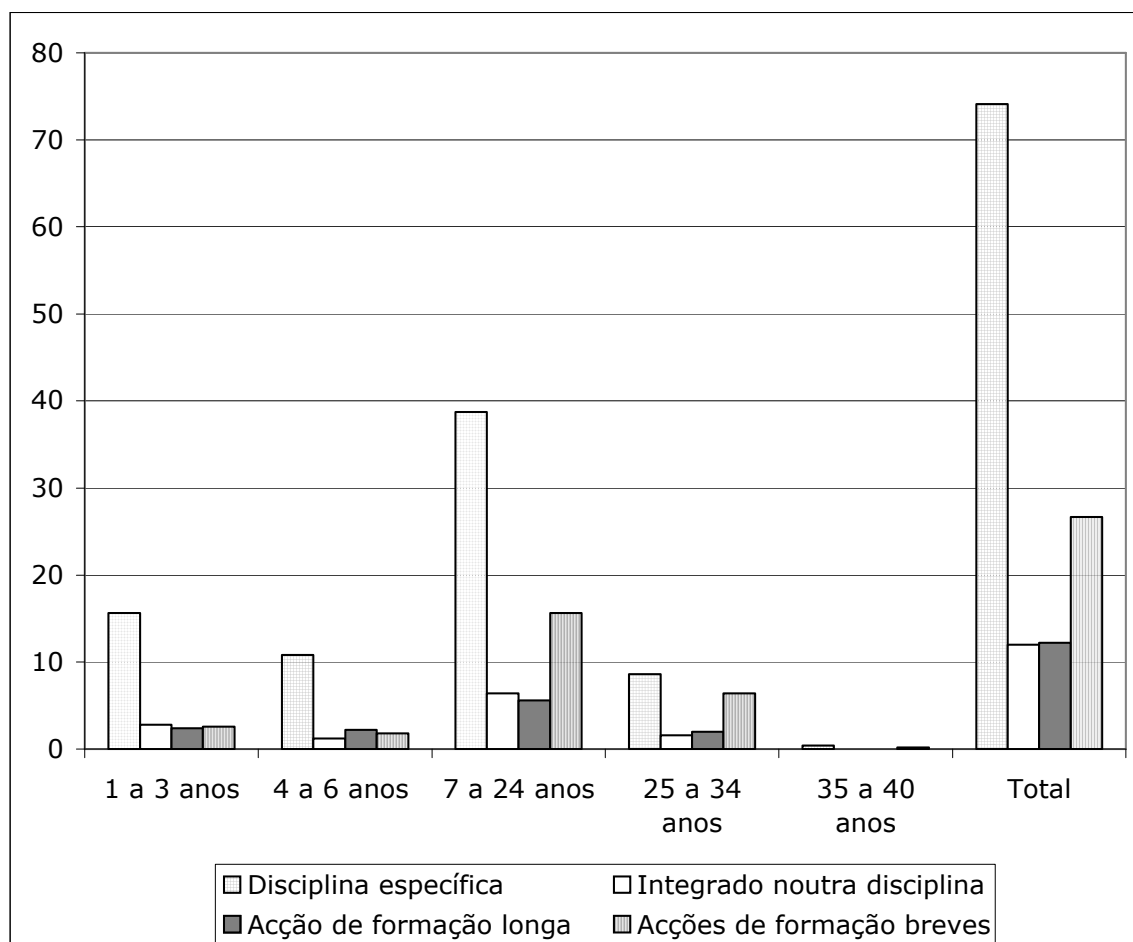


Gráfico 7 – Tipo de formação e anos de serviço

Tendo em conta a formação recebida na área da saúde, e pela análise do gráfico 7, podemos dizer que quase 3/4 dos educadores tiveram ensino numa disciplina específica da área da saúde; um pouco mais de 25% teve formação nos conteúdos da área da saúde em acções de formação breves (26,7%) e menos de 15% dos educadores teve formação na área da saúde

integrados noutra disciplina ou frequentou uma acção de formação longa sobre a temática (12%).

Quando consideramos o tipo de formação recebida e a distribuição pelos anos de serviço, podemos referir que, em relação ao ensino numa disciplina específica, as diferenças entre os escalões de anos de serviço são significativas [$\chi^2(4) = 13,50$; $p < 0,01$]. Isto é, são principalmente os educadores que exercem a sua função há mais de 7 e menos de 24 anos, que tiveram formação numa disciplina específica. Relativamente aos conteúdos de saúde estarem integrados noutra disciplina ou serem apreendidos através de uma acção de formação longa, não se observam diferenças significativas entre os vários escalões de anos de serviço [$\chi^2(4) = 1,00$; n.s. e $\chi^2(4) = 2,32$ n.s.]. Por último, quanto às acções de formação breve, existem novamente diferenças significativas entre os vários escalões de anos de serviço [$\chi^2(4) = 30,14$; $p < 0,001$].

Pelo exposto, podemos concluir que, quando consideramos a formação recebida na área da saúde e os anos de serviço, verificamos que mais de 70% dos educadores (74,1%) teve ensino numa disciplina específica e frequentaram acções de formação breves (menos de 15 horas), sendo essencialmente os que se situam entre os 7 e os 24 anos de serviço, fase a que corresponde um maior investimento na carreira segundo Huberman. Essa formação é quase inexistente na faixa entre os 35 e os 40 anos, o que poderá explicar-se, talvez, pelo facto de os currículos da sua formação inicial não terem considerado estas temáticas. Por outro lado, porventura um maior desinvestimento na carreira ou um menor interesse por estas temáticas ou mesmo uma maior experiência para resolver os problemas, não as leva a frequentar acções na área. Também os educadores com menos tempo de serviço (entre 1 ano e menos de 6 anos de serviço) dizem que tiveram ensino desta temática numa disciplina específica o que

nos poderá levar a pensar que a mesma existe actualmente em alguns currículos de formação inicial.

Tipo de formação e habilitações literárias

Analisámos seguidamente o tipo de formação recebida na área da saúde e as habilitações literárias para verificarmos se existiam diferenças significativas.

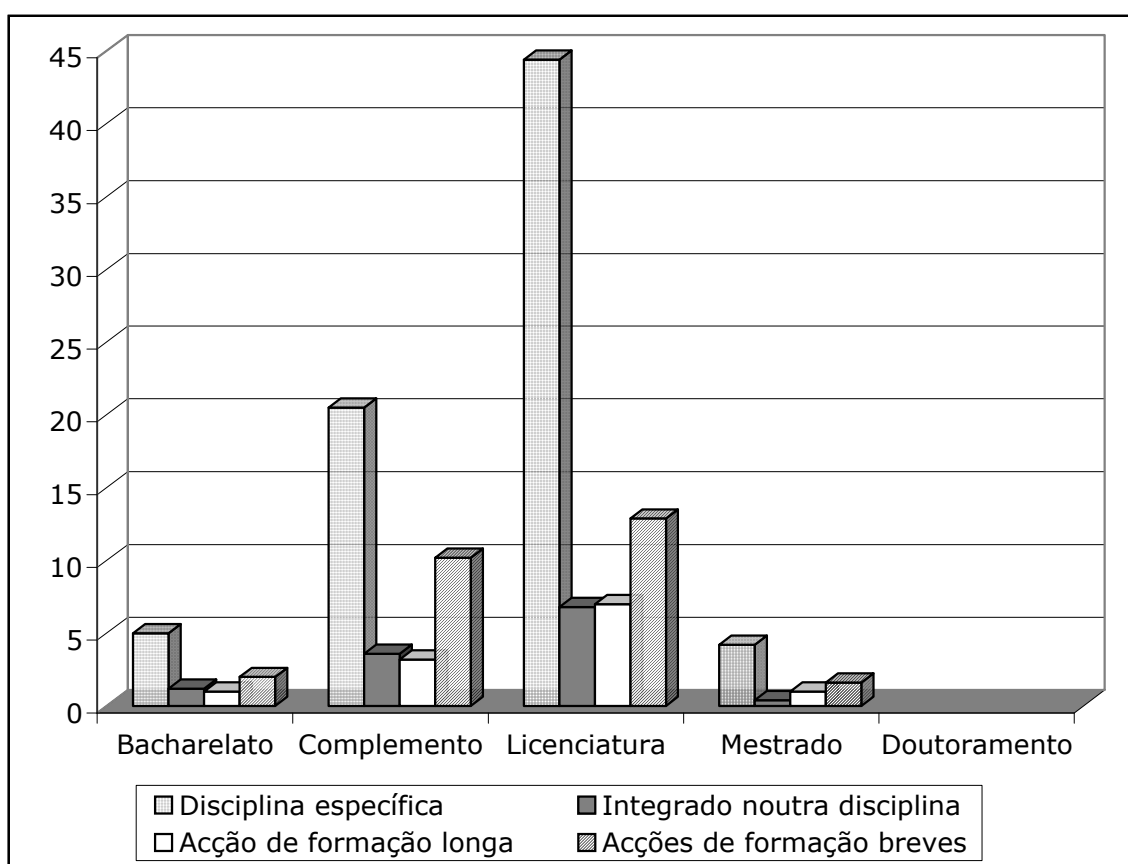


Gráfico 8 – Tipo de formação e habilitações literárias

Assim, e pela análise do gráfico 8, verificamos que não existem diferenças significativas entre os vários tipos de habilitações no que diz respeito ao ensino dos conteúdos da área saúde numa disciplina específica [$\chi^2(3) = 6,70$; n.s.], ao ensino dos conteúdos da área saúde integrado numa outra

disciplina [χ^2 (3) = ,81; n.s] e à acção de formação longa sobre os conteúdos da área da saúde [χ^2 (3) = 1,26; n.s.].

No entanto, quando consideramos as acções de formação breves, verificamos que existem diferenças significativas [χ^2 (3) = 11,65; $p < 0,01$]. Isto é, os educadores que têm Complemento de Formação e os que têm Licenciatura em Educação de Infância frequentaram significativamente mais acções de formação breve nesta temática que os outros, o que poderá indiciar que estas formações incluem nos seus planos de estudo preocupações com a área da educação para a saúde.

CONCEITO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Após termos apresentado o perfil dos nossos respondentes vamos seguidamente apresentar os dados relativos ao tema central do questionário, começando pelo conceito de Promoção da Saúde.

Com esta questão procuramos saber como os educadores se “posicionam” face ao conceito da Promoção da Saúde, solicitando-lhes que, no conjunto dos itens dados, escolhessem os três que melhor traduzissem este conceito na sua perspectiva.

Como se pode verificar pela análise ao gráfico 9, cerca de três quartos dos respondentes identifica a Promoção da Saúde com a “Promoção do bem-estar físico, mental e psicológico na criança, na família e na comunidade (75,3%). É ainda um grupo muito relevante ” (67,2%) aquele que considera que a Promoção da Saúde se relaciona com o “Desenvolvimento de um trabalho de parceria com pais, comunidade, organizações e Centros de Saúde no domínio da saúde”. A “Promoção de um estilo de vida saudável” é para cerca de 40% dos sujeitos uma definição do conceito de Promoção de Saúde.

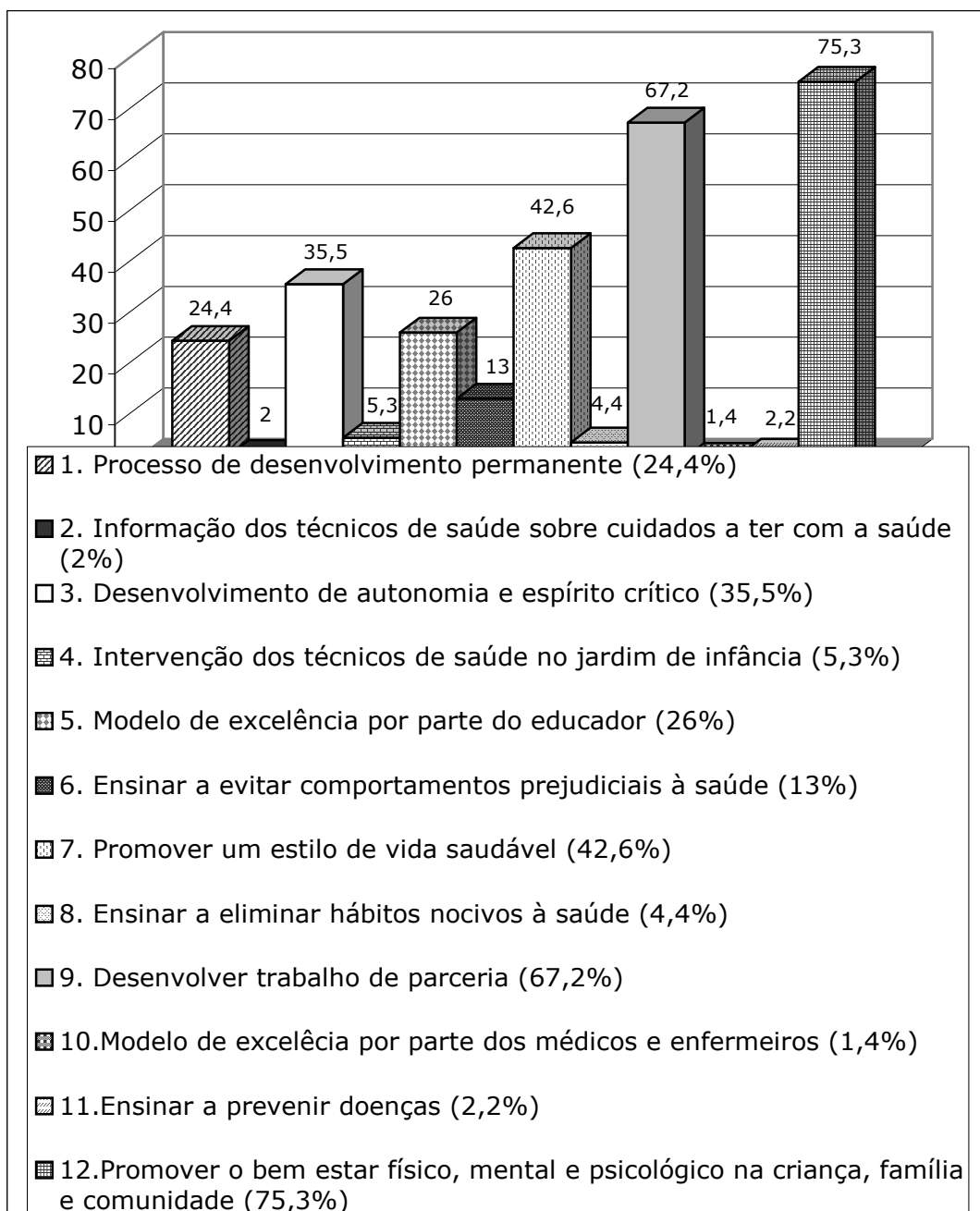


Gráfico 9 – Conceito de Promoção da Saúde

Por esta primeira análise, podemos referir que os nossos respondentes percebem o conceito de Promoção da Saúde como um processo de desenvolvimento permanente, nomeadamente, da autonomia e do sentido crítico. O modelo, por excelência, em termos da saúde, é percebido por estes educadores como sendo de iniciativa do próprio educador. A

Promoção da Saúde é perspectivada como a promoção de um estilo de vida saudável e como um trabalho de parceria a desenvolver com todos os envolvidos no processo educativo, promovendo o bem-estar físico, mental e psicológico da criança, das suas famílias e da comunidade em geral.

No sentido de verificar a nossa primeira conclusão e de “afunilar” a informação, criámos uma nova variável “Tendência”, em que codificámos em “0” os sujeitos que escolheram todos os itens respeitantes à categoria “Promoção da Saúde”, em “1” os que escolheram os itens respeitantes à categoria “Prevenção da Saúde”, e como “2” os que escolheram itens de ambas as categorias. Foram anulados os sujeitos que escolheram menos de 3 itens.

Fomos verificar como se distribuíam os sujeitos pelas “tendências” e, como se pode observar pelo gráfico 10, cerca de 3/4 dos educadores situam-se no conceito de Promoção de Saúde (76%), o que nos leva a concluir que estes respondentes parecem investir numa acção educativa promotora da saúde, a julgar pelas respostas que deram.

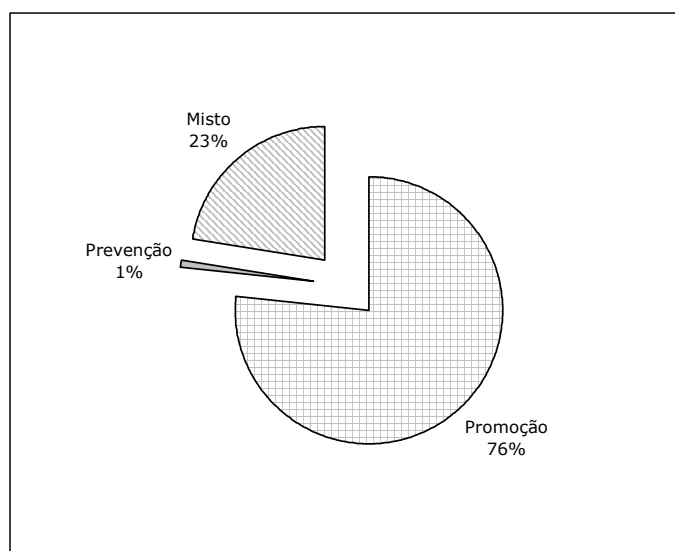


Gráfico 10 – Distribuição dos sujeitos segundo a variável “tendência”

Verificámos ainda se existiam diferenças nas tendências entre os educadores em função dos anos de serviço, dos tipos de rede a que pertencem as instituições, dos contextos de trabalho e das habilitações profissionais.

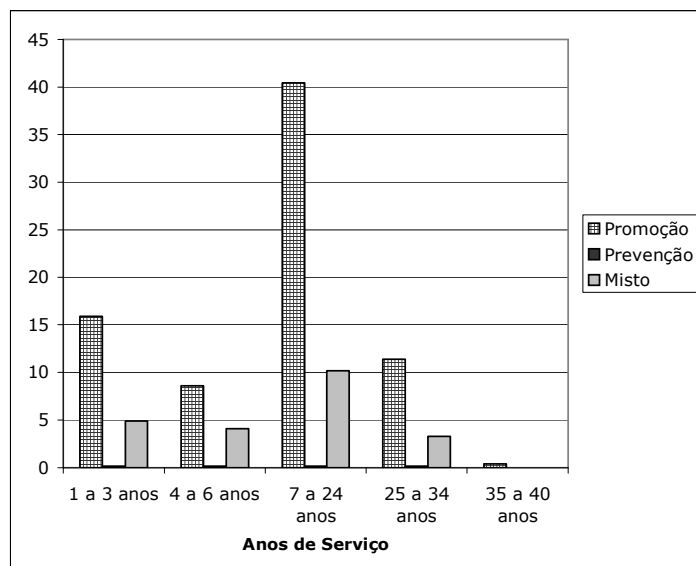


Gráfico 11 – Variável “tendência” e anos de serviço

Verificámos, pela análise do gráfico 11, não existirem diferenças nas tendências entre os educadores em função dos anos de serviço [$\chi^2(8) = 6,08$; n.s].

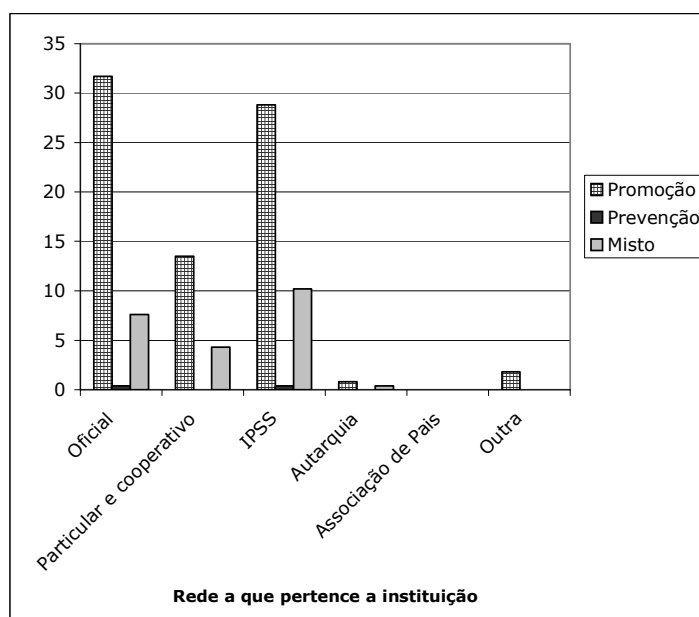


Gráfico 12 - Variável “tendência” e rede a que pertence a instituição

Verificámos, conforme análise do gráfico 12, não existirem diferenças nas tendências entre os educadores em função dos tipos de rede a que pertencem as instituições [$\chi^2(8) = 6,82$; n.s].

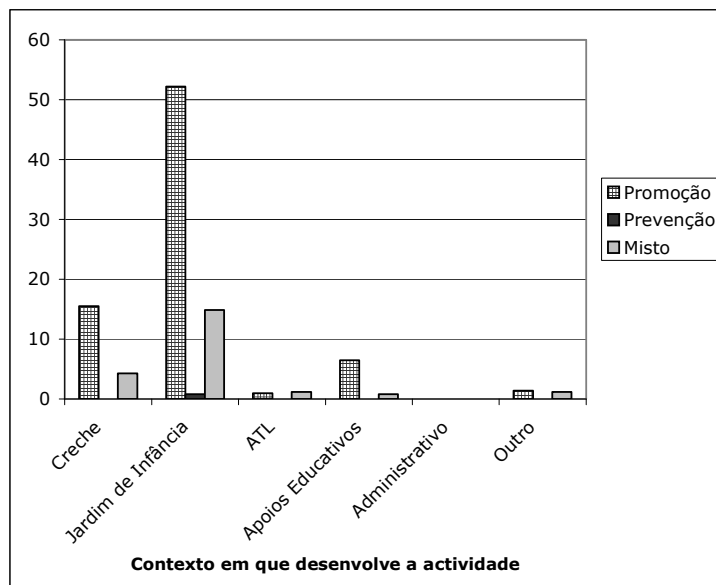


Gráfico 13: Variável "tendência" e contexto em que desenvolve a actividade

Verificámos, também, pela análise do gráfico 13, não existirem diferenças nas tendências entre os educadores e os contextos em que desenvolvem a sua actividade [$\chi^2(8) = 15,34$; n.s].

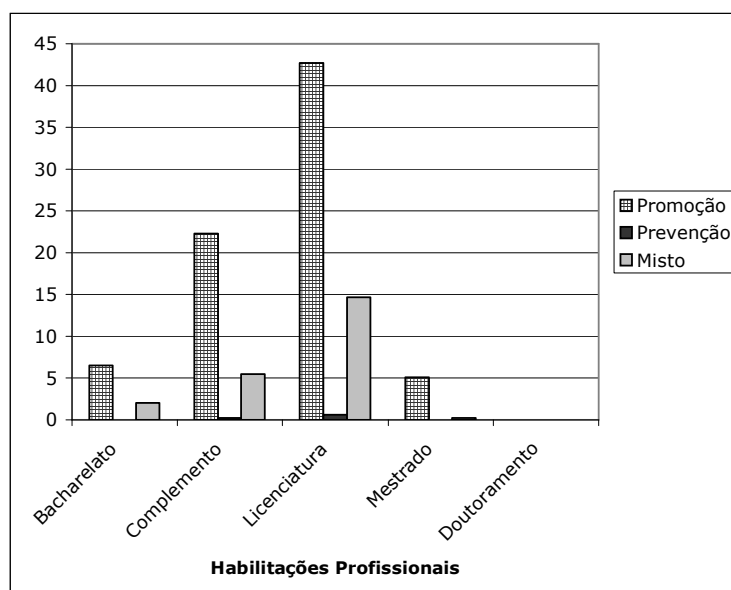


Gráfico 14 - Variável "tendência" e habilitações profissionais

Verificámos não existirem diferenças (gráfico 14) nas tendências entre os educadores em função das habilitações profissionais [$\chi^2(6) = 8,11$; n.s]. Ou seja, as tendências parecem não depender destas variáveis.

Em síntese, cerca de 3/4 dos educadores escolhem itens relativos à Promoção da Saúde e não existem diferenças significativas em função dos anos de serviço, do tipo de rede a que pertencem as instituições, dos contextos de actividades e das habilitações profissionais. Poderemos levantar a hipótese que a razão por que as escolhas dos educadores recaem em itens da Promoção da Saúde, seja o facto dos educadores estarem já sensibilizados para esta temática, uma vez que mais de metade declara ter recebido formação na área da Saúde, numa disciplina específica ou em acções de formação.

PROJECTO CURRICULAR DE SALA

Interessava-nos saber quais os temas, no âmbito da saúde, que os educadores contemplavam no seu projecto curricular de sala.

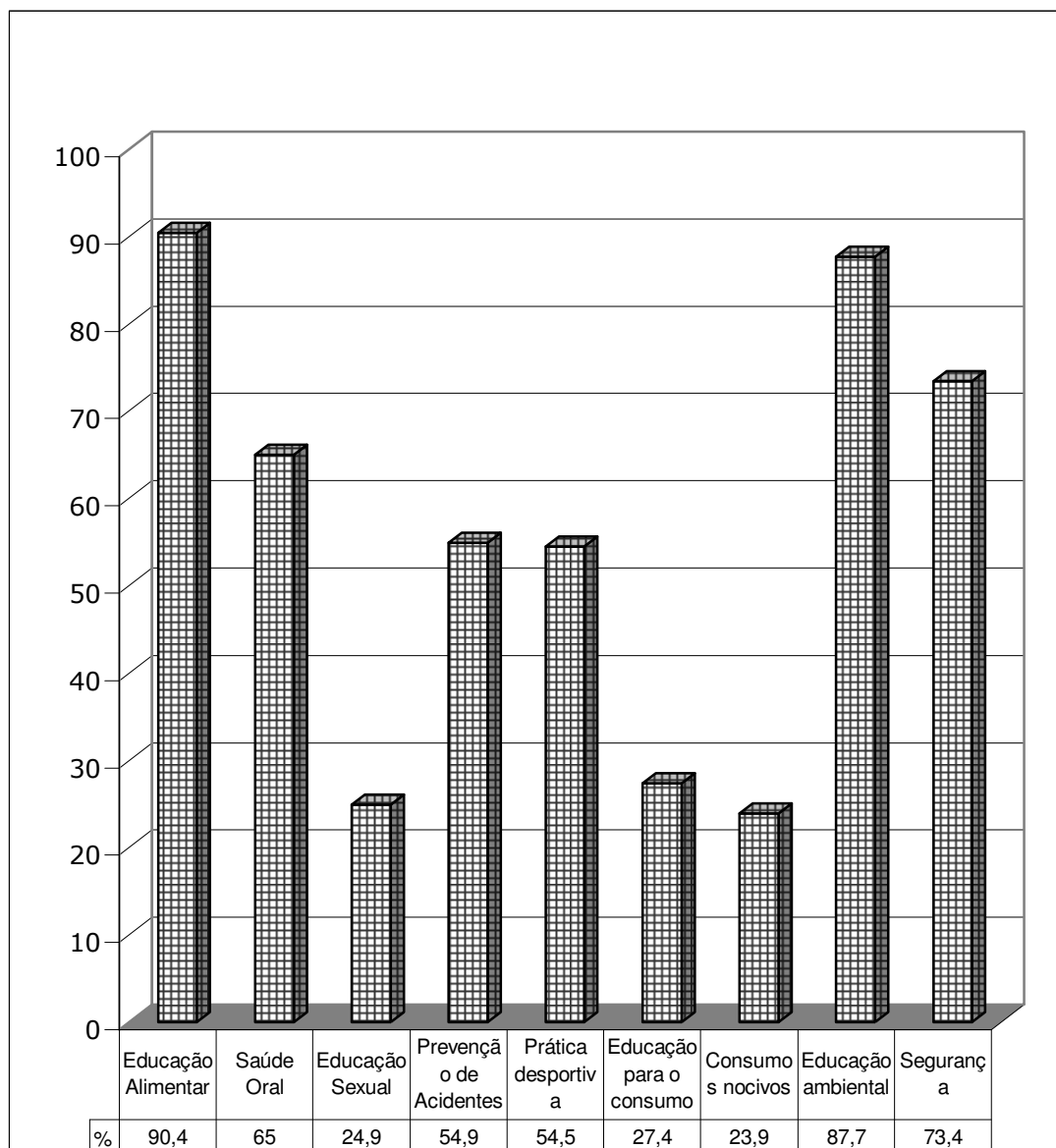


Gráfico 15 – Temas incluídos no Projecto Curricular de Sala

O gráfico 15 permite visualizar que mais de 60% dos educadores considera no seu projecto curricular de sala a Educação Alimentar, a

Saúde Oral, a Educação Ambiental e a Segurança. A Prevenção dos Acidentes e a Prática Desportiva é assinalada por mais de 50% dos educadores e menos de 30% assinalou a Educação Sexual, os Consumos Nocivos e a Educação para o Consumo.

Fomos verificar que tempos dedicavam, no dia a dia, estes educadores a cada um dos quatro temas mais referidos no projecto curricular de sala.

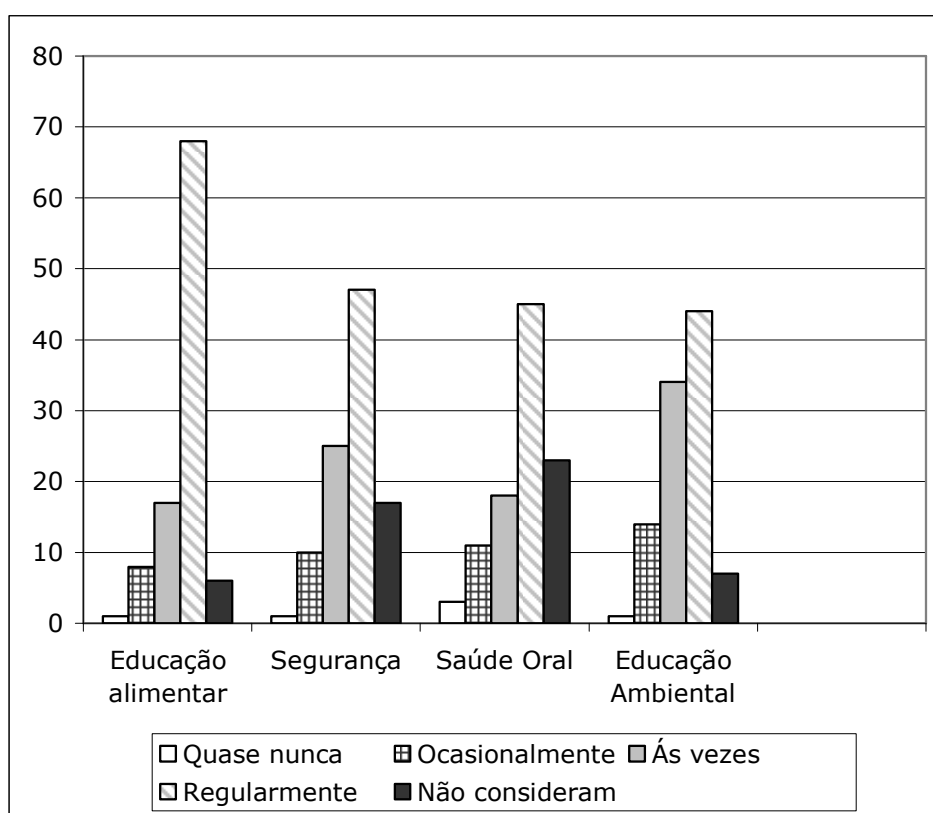


Gráfico 16 – Tempos dedicados aos temas escolhidos no Projecto Curricular de Sala por mais de 60% dos educadores

Pela observação do gráfico 16 podemos constatar que mais de 40% dos educadores dedicam regularmente tempo a estes temas com destaque para a Educação Alimentar.

Seguidamente fomos analisar o que se passava com os temas menos escolhidos no projecto curricular de sala dos educadores, apresentando-se o gráfico 16.

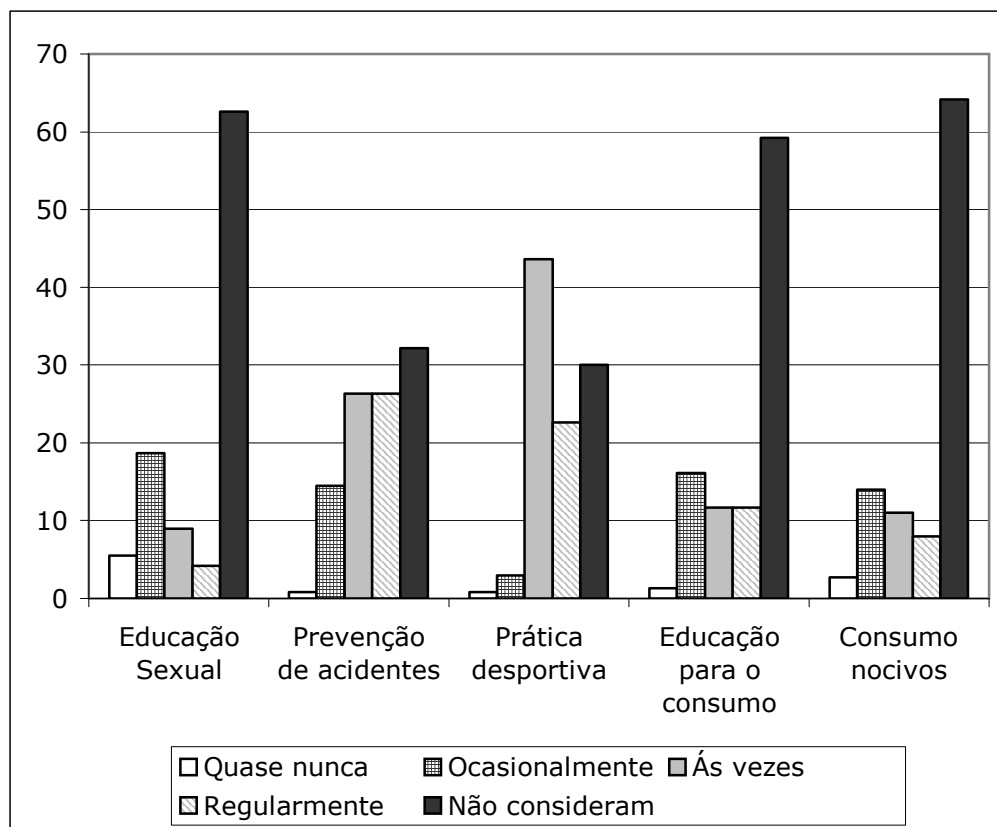


Gráfico 17 – Tempos dedicados aos temas escolhidos no Projecto Curricular de Sala por menos de 60% dos educadores

Por vezes as percentagens do gráfico 15 não coincidem totalmente com as das análises parcelares do tempo dedicado aos temas. Isto é, se somarmos as percentagens de “Quase Nunca”, “Às vezes”, “Ocasionalmente” e “Regularmente” poderemos obter uma % de dedicação superior aquela obtida no gráfico 15. Isto deve-se ao facto de estarmos a falar de coisas diferentes. O gráfico 15 diz respeito aos Temas escolhidos para o Projecto Curricular de Sala e os valores apresentados nos gráficos 16 e 17 aos tempos gastos com os temas, quer tenham sido ou não temas escolhidos para o Projecto Curricular de Sala.

Em síntese, os temas mais escolhidos pelos educadores no Projecto Curricular de Sala dentro das propostas do nosso questionário são a Educação Alimentar, a Saúde Oral, a Educação Ambiental e a Segurança, o que está concordante com a análise anterior do conceito de promoção da saúde e das tendências, pois além de parecer que se apropriaram dele, desenvolvem também trabalhos nestas áreas da Saúde.

Os dados apresentados levam-nos a colocar algumas questões, nomeadamente:

- os temas referidos são mais escolhidos porquê? Serão mais acessíveis? Haverá mais materiais e informação? Corresponderão aos percebidos como mais necessários? Como se explica a pouca referência aos outros temas?

INTERESSES DE FORMAÇÃO

Com esta questão, fulcral no nosso trabalho, pretendemos saber quais os temas em que os educadores estariam interessados para a frequência de acções de formação contínua. Como já referimos anteriormente, elaborámos uma lista de 25 itens, resultantes do desdobramento de cada um dos temas da área da saúde por nós seleccionados. Além disso, acrescentámos ainda temas sugeridos no estudo efectuado por Pereira².

Como se pode observar no gráfico 18, os assuntos escolhidos por mais de 50% educadores são os seguintes:

- “Construção de um currículo de promoção da saúde no jardim-de-infância” (75,5%),
- “Afectos e relações interpessoais” (70,6%),
- “Construção do projecto educativo na área da saúde escolar” (63,6%),
- “Necessidades de saúde especiais” (62,2%),
- “Desenvolvimento e preservação do meio ambiente” (61,1%),
- “Ambiente, cidadania e saúde” (58,8),
- “Prevenção de acidentes em meio escolar e periescolar” (54,3%) e, ainda,
- “Segurança em meio escolar e familiar” (51,6%).

Estes oito assuntos são aqueles em que o Centro de Formação poderia investir em acções de formação, na medida em que, mais de 50% dos educadores os percebem como sendo aqueles em que mais necessidades de formação contínua sentem.

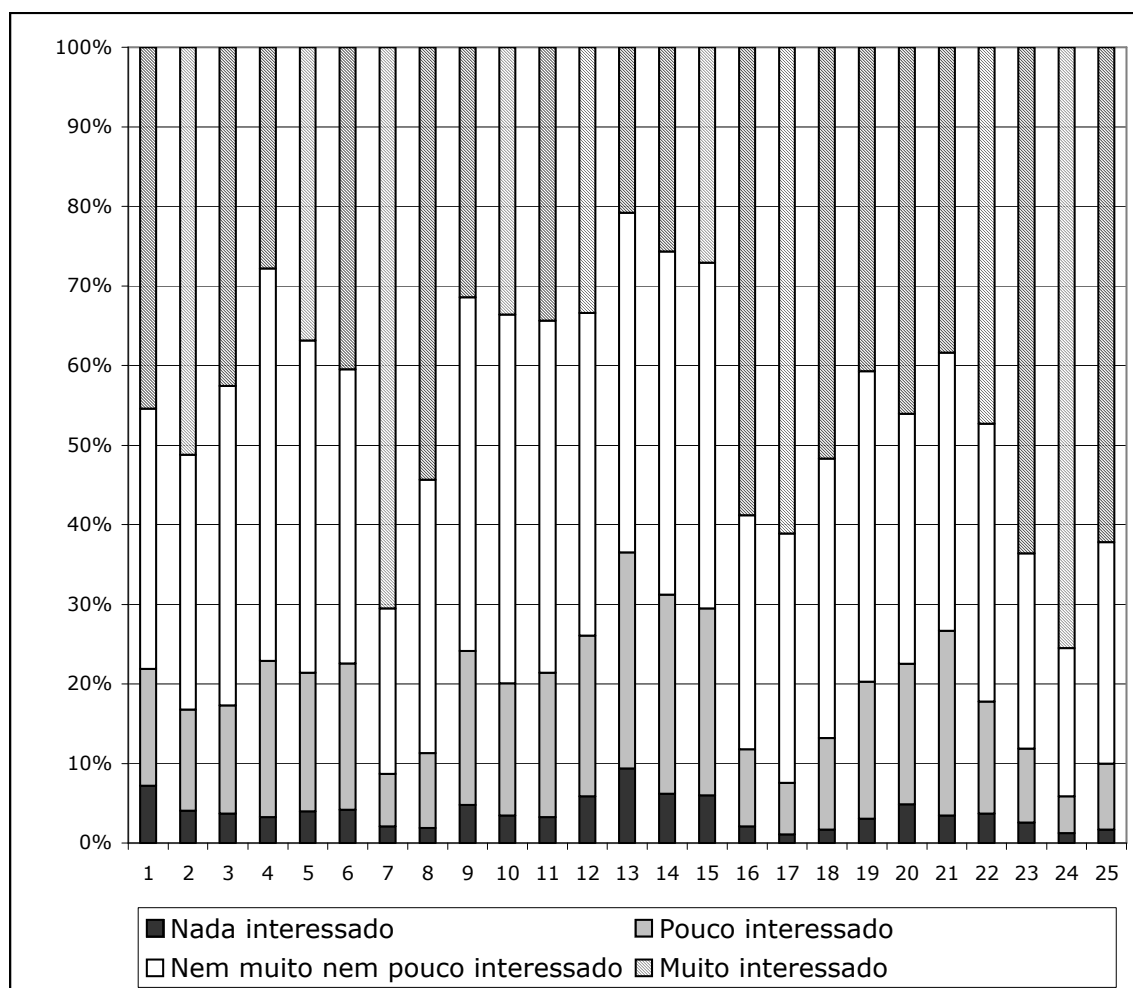


Gráfico 18 - Interesses de formação

LEGENDA:

1. Desenvolvimento da criança 2. Conceitos básicos nutrição e alimentação saudável 3. Necessidades alimentares 4. Saúde oral e crescimento 5. Saúde oral e cuidados de saúde 6. Desenvolvimento humano e sexualidade 7. Afectos e relações interpessoais 8. Prevenção de acidentes em meio escolar e periescolar 9. Prevenção rodoviária 10. Prática desportiva e vida saudável 11. Prática desportiva e desenvolvimento 12. Educação para o consumo 13. Consumo e sociedade 14. Consumos nocivos e saúde física 15. Consumos nocivos e saúde mental 16. Ambiente, cidadania e saúde 17. Desenvolvimento e preservação do meio ambiente 18. Segurança em meio escolar e familiar 19. Segurança em zonas de trabalho, lazer e recreio 20. Promoção da saúde - conceitos e evolução 21. Avaliação de projectos em saúde escolar 22. Metodologia de projecto em programas de saúde escolar 23. Construção de projecto educativo na área da saúde escolar 24. Construção de um currículo de promoção da saúde no jardim-de-infância 25. Necessidades de saúde especiais

Tema do projecto curricular e interesses de formação

Considerámos ainda que seria interessante compreender de que forma os interesses por determinados assuntos de formação estariam relacionados com a escolha dos temas do Projecto Curricular de Sala. Mais concretamente, estávamos interessados nos temas do Projecto Curricular de Sala que são muito pouco escolhidos e pretendíamos perceber se não são escolhidos, mas os educadores estão interessadas em obter mais formação sobre assuntos com ele relacionados ou se, pelo contrário, os educadores não escolhem um determinado tema e também não estão interessados na formação em assuntos com ele relacionados. Dada a elevada pertinência de todos estes temas na área da saúde para o desenvolvimento de projectos, esta questão é de elevada pertinência pois determina que tipo de intervenção deve ser feita junto dos educadores para promover a sua adopção. No caso em que os educadores não escolheram determinado tema para o Projecto Curricular de Sala, mas estão interessados em ter formação em assuntos com ele relacionados, então é necessário promover acções nesse sentido. Por outro lado, no caso dos educadores não seleccionarem o tema e não estarem interessados em obter formação em assuntos com ele relacionados, o tipo de intervenção é mais no âmbito de os sensibilizar para essas temáticas e não tanto disponibilizar esses conteúdos em formação pois, por si só, não suscitarão interesse.

Assim, convertemos a escala dos interesses numa escala de 2 pontos, em que as anteriores opções “Nada interessado”; “Pouco interessado”; “Nem muito nem pouco interessado” foram convertidas em “0” que significa “Pouco ou nenhum interesse” e manteve-se a anterior opção “Muito interessado”, codificada como “1”.

Dado que para cada tema de projecto curricular estavam designados pelo menos 2 assuntos com ele relacionados, fomos verificar como se distribuíam os interesses por assuntos relacionados com temas pouco escolhidos para o projecto curricular de sala.

Tema: Educação Sexual

No que diz respeito à educação sexual (tema escolhido por 24,9% dos educadores), podemos verificar que, para o assunto Desenvolvimento Humano e Sexualidade (gráfico 19), existem diferenças significativas entre as escolhas dos educadores [$\chi^2(1) = 12,06$; $p < 0,01$], sendo de destacar que cerca de metade dos educadores (47,6%) não escolheu o tema nem está interessado em ter formação neste assunto específico.

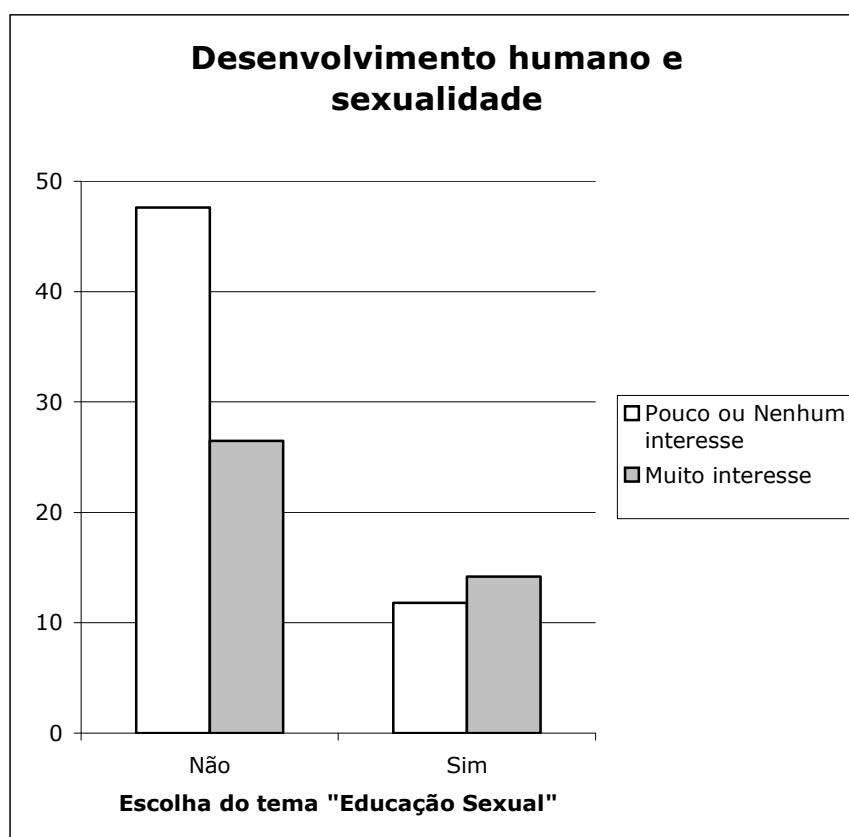


Gráfico 19 – Educação Sexual / Desenvolvimento humano e sexualidade

Relativamente ao outro assunto deste tema, “Afectos e relações interpessoais”, não se verificaram diferenças significativas entre as escolhas dos educadores [$\chi^2(1) = 0,47$; n.s.], sendo um dos assuntos mais escolhidos pelos educadores.

Portanto, podemos concluir que em relação ao tema Educação Sexual cerca de metade dos educadores não escolheu o tema nem está interessado em receber formação em assuntos com ele relacionados. Contudo, o assunto a ele associado “Afectos e relações interpessoais” foi um dos assuntos mais escolhidos pelos educadores, o que nos poderá eventualmente levar a pensar que relacionam este tema com as relações humanas e não com a Educação Sexual.

Tema: Prevenção de acidentes

Este tema foi escolhido por cerca de metade dos educadores (54,9%) e tem associados os assuntos “Prevenção de acidentes em meio escolar e periescolar” e “Prevenção rodoviária”.

Relativamente ao assunto “Prevenção de acidentes em meio escolar e periescolar” (gráfico 20), verificamos que existem diferenças significativas nas escolhas dos educadores [$\chi^2(1) = 4,61$; $p < 0,05$], sendo de destacar que cerca de um terço dos educadores (33,8%) escolheu o tema da Prevenção de Acidentes para o Projecto Curricular de Sala e está interessado em ter formação neste assunto específico. De destacar ainda que 21,6% dos educadores não escolheram este tema para o Projecto Curricular de Sala, mas gostariam de ter formação neste assunto específico.

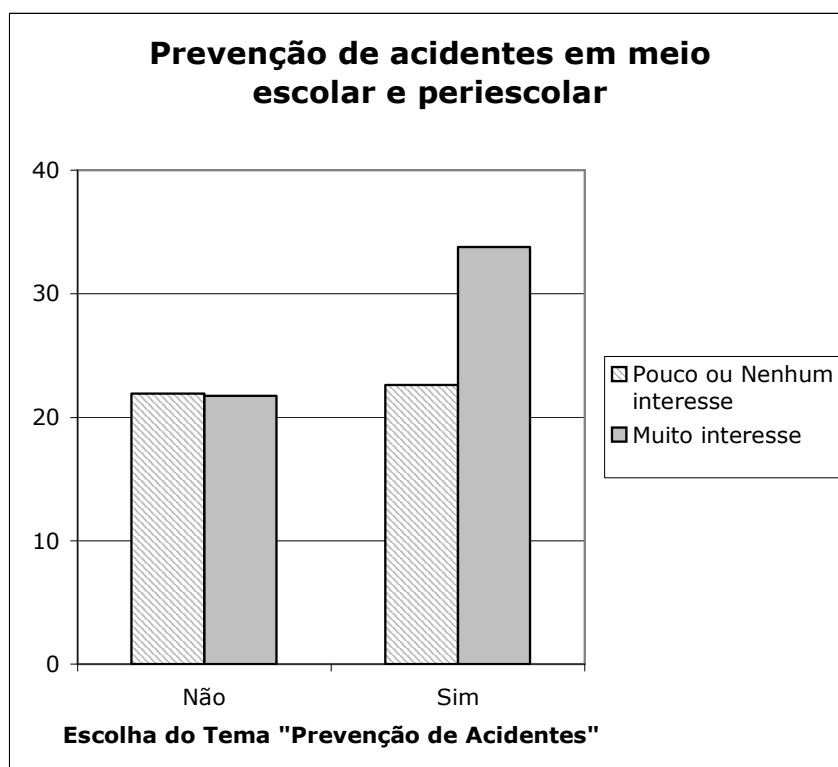


Gráfico 20 – Prevenção de acidentes / prevenção de acidentes em meio escolar e periescolar

Também no que diz respeito à “Prevenção Rodoviária” (gráfico 21), a distribuição das escolhas é significativamente diferente [$\chi^2 (1) = 8,02$; $p < 0,01$], porém com um padrão diferente do assunto anterior. Os resultados parecem demonstrar que, quer tenham ou não escolhido o tema da “Prevenção de acidentes”, a maioria dos educadores está pouco ou nada interessada em ter formação neste assunto (68,2%).

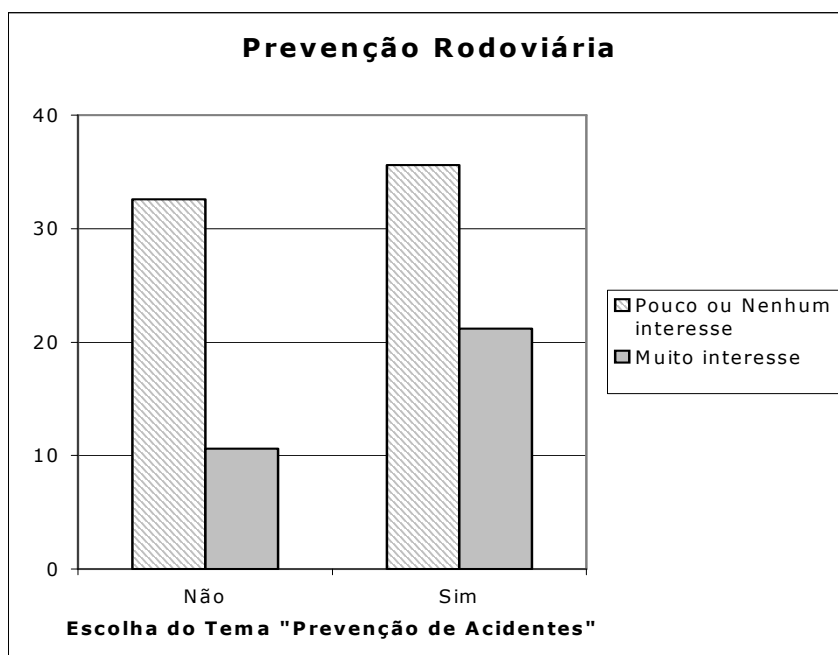


Gráfico 21 – Prevenção de acidentes / Prevenção rodoviária

Em síntese, relativamente ao tema Prevenção de Acidentes, quer os educadores que o escolheram (33,8%) no seu Projecto Curricular de Sala quer os que o não escolheram (21,6%), estão interessados em receber formação no assunto específico “Prevenção de acidentes em meio escolar e periescolar”. Já no que diz respeito ao outro assunto a ele associado, “Prevenção rodoviária”, os educadores estão pouco ou nada interessados em receber formação.

Tema: Prática Desportiva

Este tema foi escolhido por cerca de metade dos educadores (54,5%) e tem associados os assuntos “Prática desportiva e vida saudável” e “Prática desportiva e desenvolvimento pessoal”.

Relativamente ao primeiro assunto de formação (“Prática desportiva e vida saudável”), podemos verificar que as escolhas dos educadores se

distribuem de forma significativamente diferente [$\chi^2 (1) = 10,83$; $p < 0,01$], revelando que independentemente de terem escolhido ou não o tema “Prática Desportiva”, 65,5% dos educadores considera ser o assunto “Prática desportiva e vida saudável” pouco ou nada interessante (Gráfico 22).

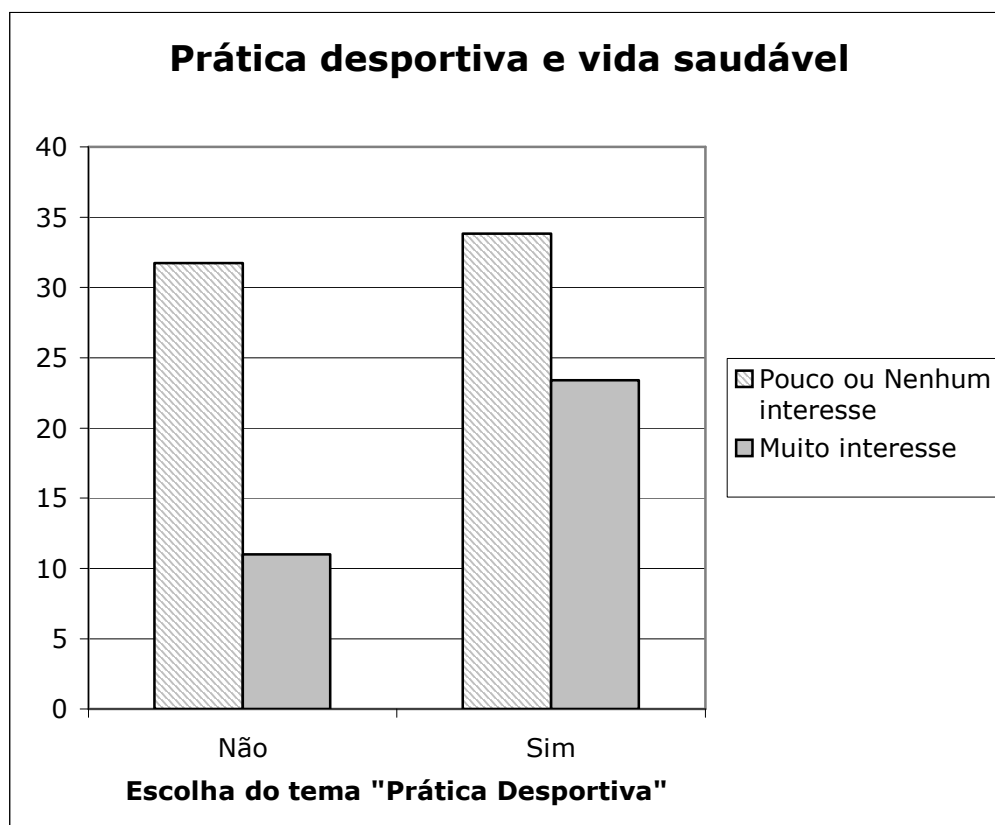


Gráfico 22 – Prática Desportiva / Prática Desportiva e Vida Saudável

No outro assunto relacionado com este tema, “Prática desportiva e desenvolvimento pessoal” (gráfico 23), as escolhas dos educadores também são significativamente diferentes [$\chi^2 (1) = 23,03$; $p < 0,001$], revelando que 65,4% considera este assunto de pouco ou nenhum interesse.

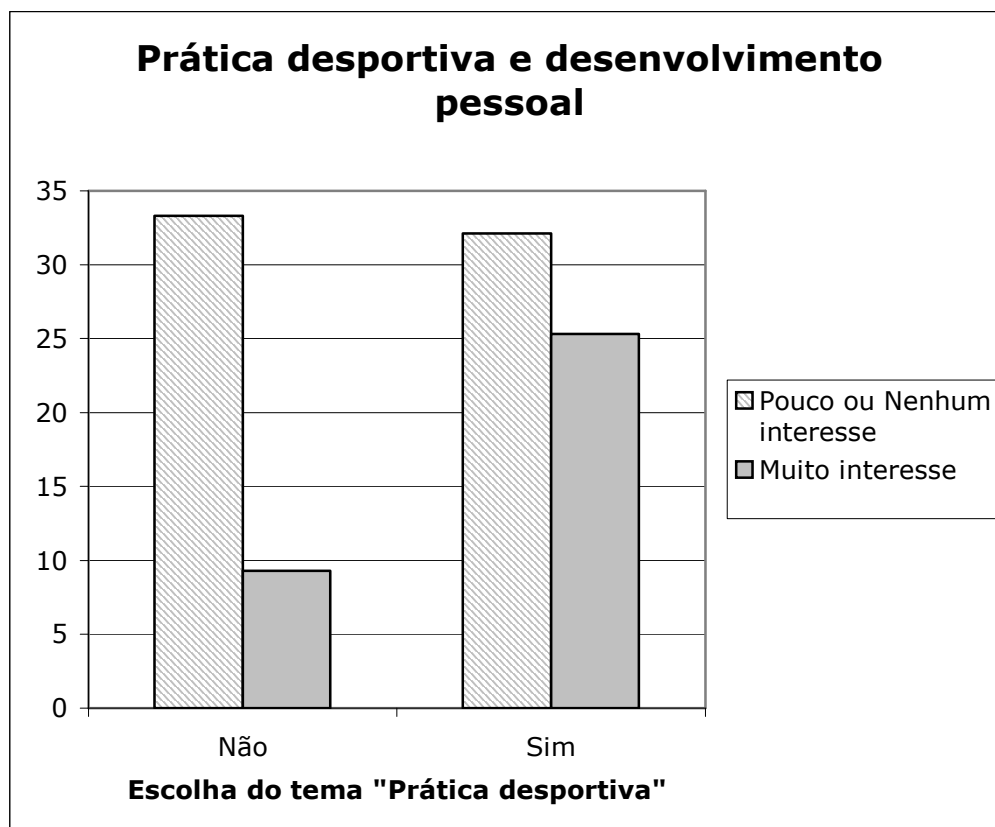


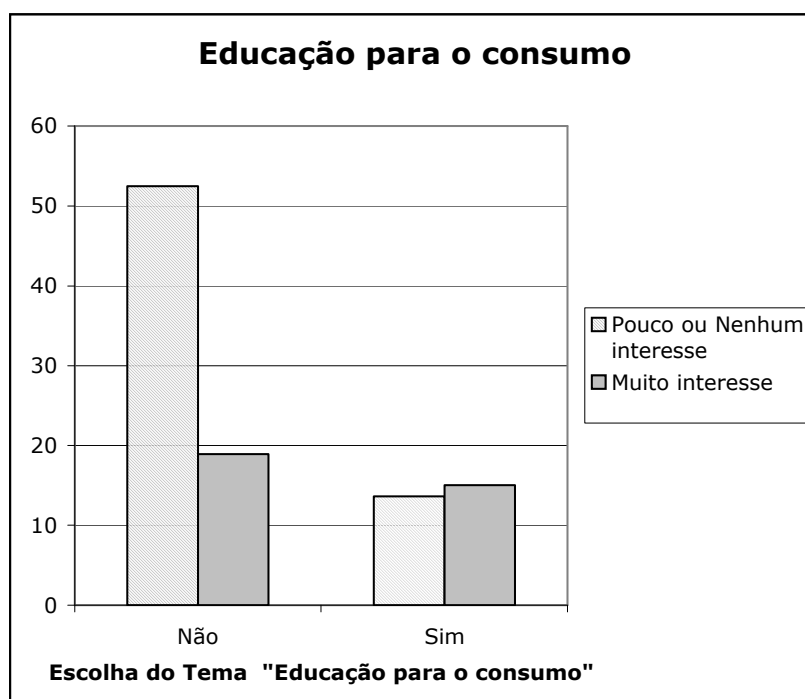
Gráfico 23 – Prática Desportiva / Prática Desportiva e Desenvolvimento Pessoal

Em síntese, os assuntos “Prática desportiva e vida saudável” e “Prática Desportiva e desenvolvimento pessoal” suscitam nos educadores pouco ou nenhum interesse para formação quer tenham ou não elegido o tema da “Prática Desportiva” no seu Projecto Curricular de Sala. Isto significa que se se tiver por objectivo que os educadores passem a considerar este tema, “Prática desportiva”, como tema importante e a incorporá-lo no seu Projecto Curricular de Sala, não é suficiente oferecer-lhes formação na área, já que cerca de 65% dos educadores o consideram pouco ou nada interessante.

Temas: Educação para o Consumo e Consumos Nocivos

Estes temas foram escolhidos por menos de 30% dos educadores para o seu Projecto Curricular de Sala (27,4% e 23,9% respectivamente)

Quando analisamos as escolhas dos educadores no que diz respeito aos dois assuntos relacionados com o tema “Educação para o Consumo”, verificamos que elas são significativamente diferentes [$\chi^2(1) = 26,67$; $p < 0,001$ e $\chi^2(1) = 9,99$; $p < 0,01$, respectivamente]. Para ambos os assuntos, a maioria dos educadores (66,2% e 78,4%, respectivamente) revela que os considera pouco ou nada interessantes (gráficos 24 e 25).



Gráficos 24 – Educação para o consumo/ Educação para o consumo

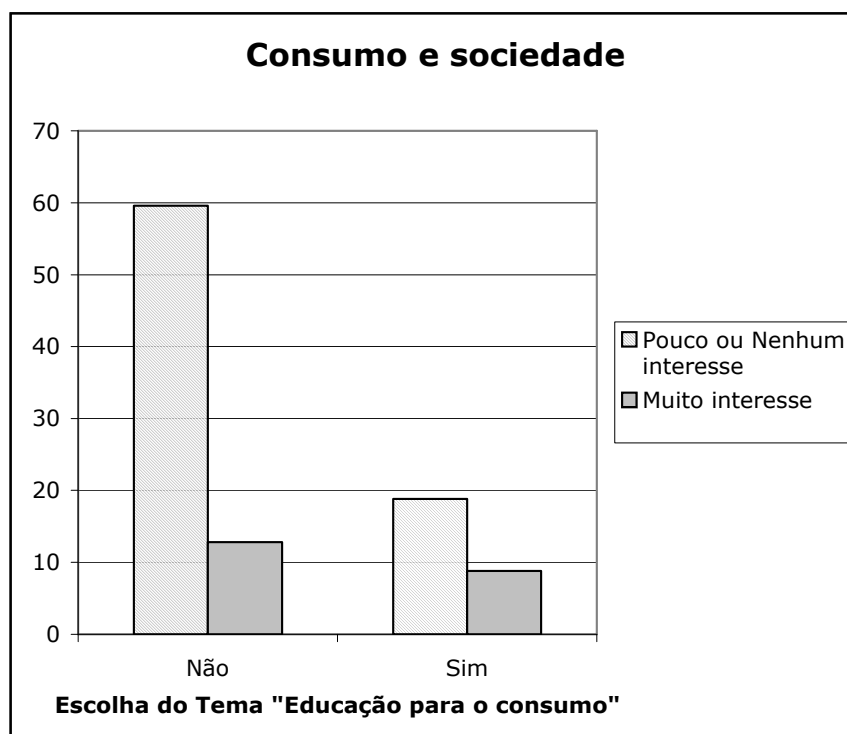


Gráfico 25 – Educação para o consumo/ Consumo e Sociedade

O mesmo se passa com a distribuição dos interesses dos educadores nos assuntos relacionados com o tema “Consumos Nocivos” [$\chi^2(1) = 27,82$; $p < 0,001$ e $\chi^2(1) = 22,15$; $p < 0,001$, respectivamente]. Quer para o assunto “Consumos nocivos e saúde física”, (gráfico 26) quer para o assunto “Consumos nocivos e saúde mental” (gráfico 27), a grande maioria dos educadores considera-os pouco ou nada interessantes (73,7% e 72,4%, respectivamente).

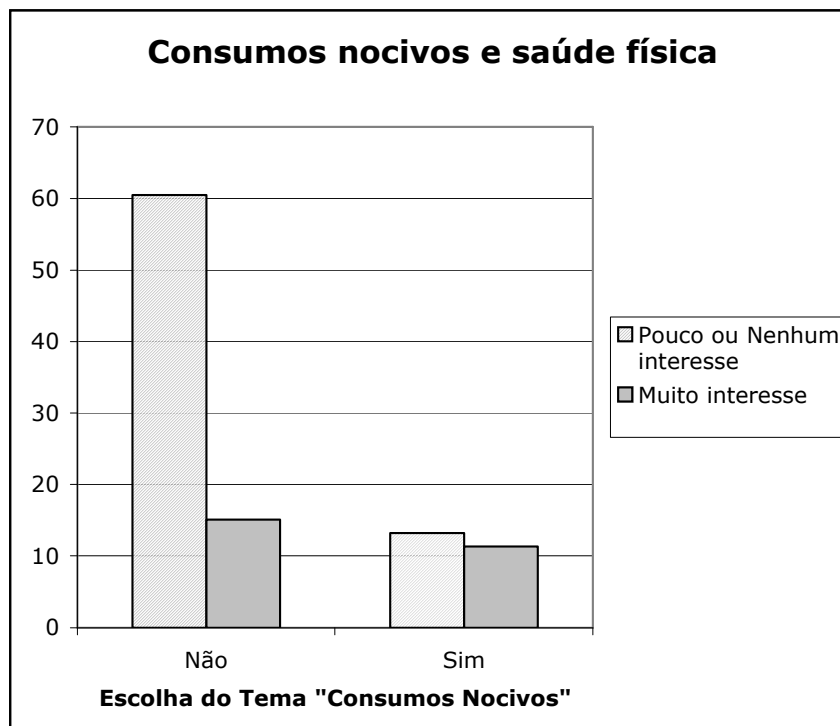


Gráfico 26 – Consumos Nocivos/ Consumos Nocivos e Saúde Física

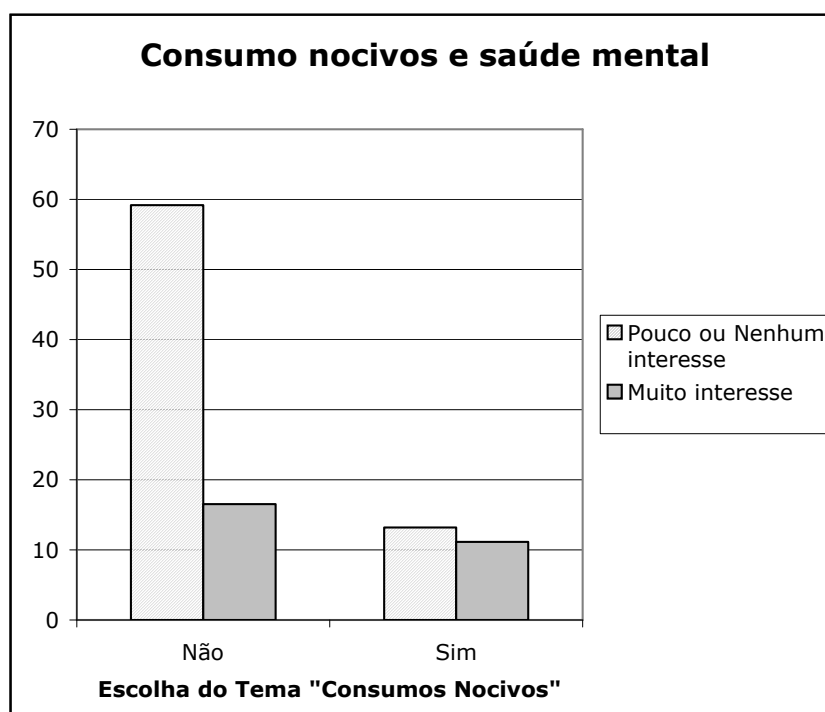


Gráfico 27 – Consumos Nocivos/ Consumos Nocivos e Saúde Mental

A “Educação para o Consumo” e “Consumos Nocivos” foram temas escolhidos por menos de 30% pelos educadores no Projecto Curricular de Sala e estes, quando questionados acerca do interesse de formação com temas associados, revelaram pouco ou nenhum interesse.

Portanto, tal como no tema da “Prática Desportiva”, para aumentar a escolha dos Temas “Educação para o Consumo” e “Consumos Nocivos”, enquanto temas de Projecto Curricular de Sala, têm que desenvolver-se outras estratégias, que não apenas a oferta da formação, pois a esta os educadores não aderirão. Terão que ser encontrados no futuro outros meios para motivar e sensibilizar os educadores para estes temas dado que, tal como demonstram os resultados, são temas em que os educadores demonstram também pouco ou nenhum interesse para realizar formação.

O tema “Prevenção dos acidentes”, teria uma adesão quase garantida já que os educadores demonstram interesse por esse tema e assuntos com ele relacionados, como por exemplo a “Prevenção dos Acidentes em meio escolar e periescolar” o que poderia resultar no aumento significativo da escolha deste tema nos seus Projectos Curriculares de Sala.

PREOCUPAÇÕES DO JARDIM-DE-INFÂNCIA – PRINCÍPIOS DE UMA ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE

Procurámos saber qual a percepção que os educadores tinham em relação aos princípios de um escola/jardim-de-infância “vivos” pela sua instituição. Focalizámos as questões na criança, na equipa de trabalho e na comunidade para melhor serem entendidas pelos educadores respondentes.

Quanto ao princípio da democracia (gráfico 28), podemos verificar que quase 100% dos educadores considera que o seu jardim-de-infância se preocupa com o mesmo. Concretamente, 99,4% dos educadores diz que o seu jardim-de-infância se preocupa com a promoção da aprendizagem da criança, 99,8% com a promoção do desenvolvimento pessoal da criança e 94,8% com a promoção de saúde da criança.

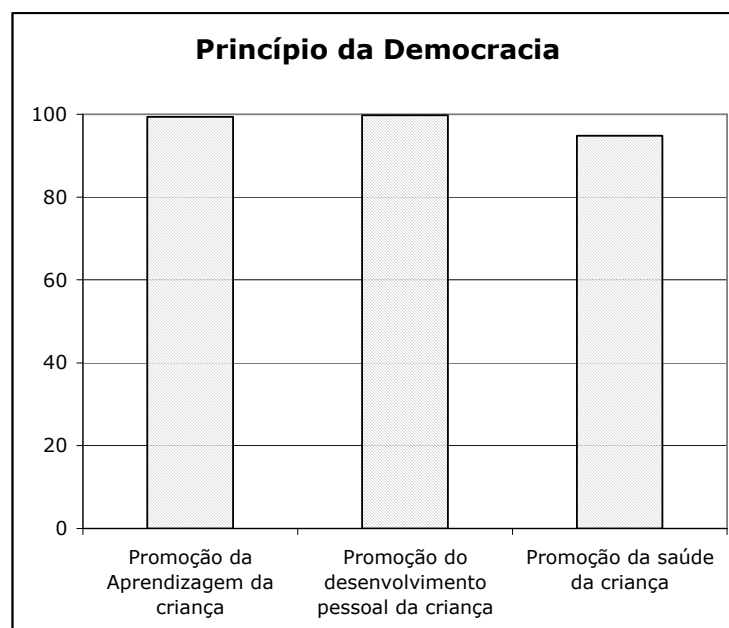


Gráfico 28 – Princípio da democracia

O mesmo se passa no que diz respeito ao princípio da equidade (gráfico 29), em que, 96,4% dos educadores diz que o jardim-de-infância se preocupa com a promoção do desenvolvimento máximo de qualquer criança e 98,1% com a promoção do desenvolvimento emocional e social da criança.

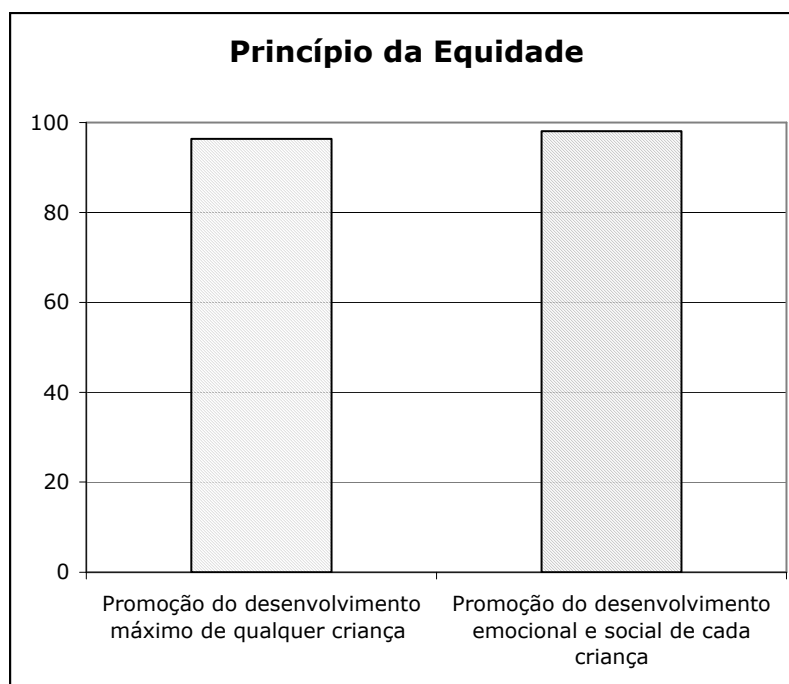


Gráfico 29 – Princípio da equidade

Deste modo, podemos constatar que os educadores consideram que os Princípios da Democracia e da Equidade são fortemente “vividos” pelos jardins-de-infância onde exercem a sua actividade.

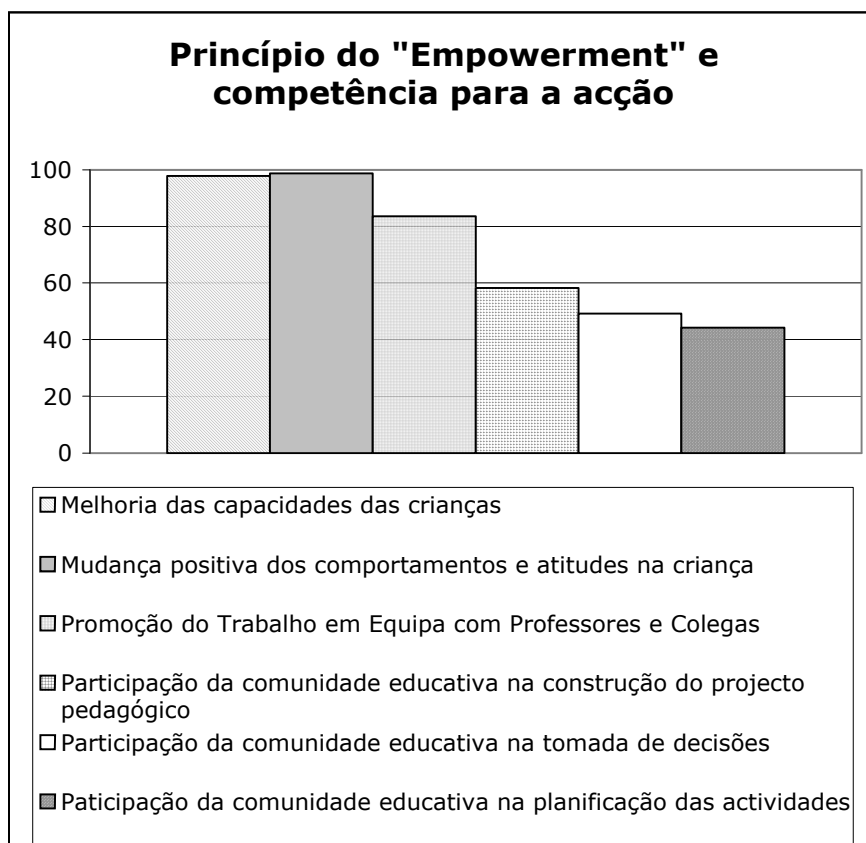


Gráfico 30 – Princípio do “*empowerment*” e competência para a acção

Em relação ao princípio do “*empowerment*” e competência para a acção (gráfico 30), no que diz respeito aos itens mais relacionados com a criança, 97,8% dos educadores diz que o jardim de infância se preocupa com a melhoria das suas capacidades e cerca de 98,7% com a mudança positiva dos seus comportamentos e atitudes. A promoção do trabalho em equipa com professores e colegas é referida por 83,6% dos educadores. No que diz respeito aos itens mais relacionados com a participação da comunidade educativa, 58,2% dos educadores refere-se à construção do Projecto Pedagógico, 49,2% à tomada de decisões e 44,3% à planificação das actividades.

Da análise do gráfico 30 e das percentagens apresentadas, verificamos que os educadores indicam que o jardim-de-infância onde exercem a sua actividade se preocupa com o que diz respeito aos itens relacionados com a criança e também com a promoção do trabalho em equipa com

professores e colegas, mas no que se relaciona com a participação da comunidade educativa, quer na construção do projecto pedagógico, quer na tomada de decisões, quer ainda na planificação das actividades, existem algumas “reservas”.

Recordamos que na questão do conceito de promoção de saúde, os itens mais escolhidos são o 9 e o 12, respectivamente “Desenvolver um trabalho de parceria com os pais, comunidade, organizações e Centros de saúde no domínio da Saúde” e “Promover o bem-estar físico, mental e psicológico na criança, na família e na comunidade”. Este dado é concordante com o facto de cerca de 3/4 dos educadores (75,4%) considerarem que o jardim-de-infância se preocupa com a promoção da ligação entre a escola, a família e a comunidade através de trabalho de parceria (Principio da Comunidade). No entanto, como já referido, os educadores parecem manifestar alguma reserva por parte do jardim-de-infância no que diz respeito à participação na construção do projecto pedagógico, na tomada de decisões e na planificação das actividades. Parece-nos, assim, que os educadores têm adquirida a noção de que a promoção da saúde implica a participação de todos os intervenientes envolvidos na educação da criança, mas quando na prática se trata de desenvolver trabalho nesse sentido, demonstram algumas dificuldades na aceitação do “*empowerment*” da comunidade educativa.

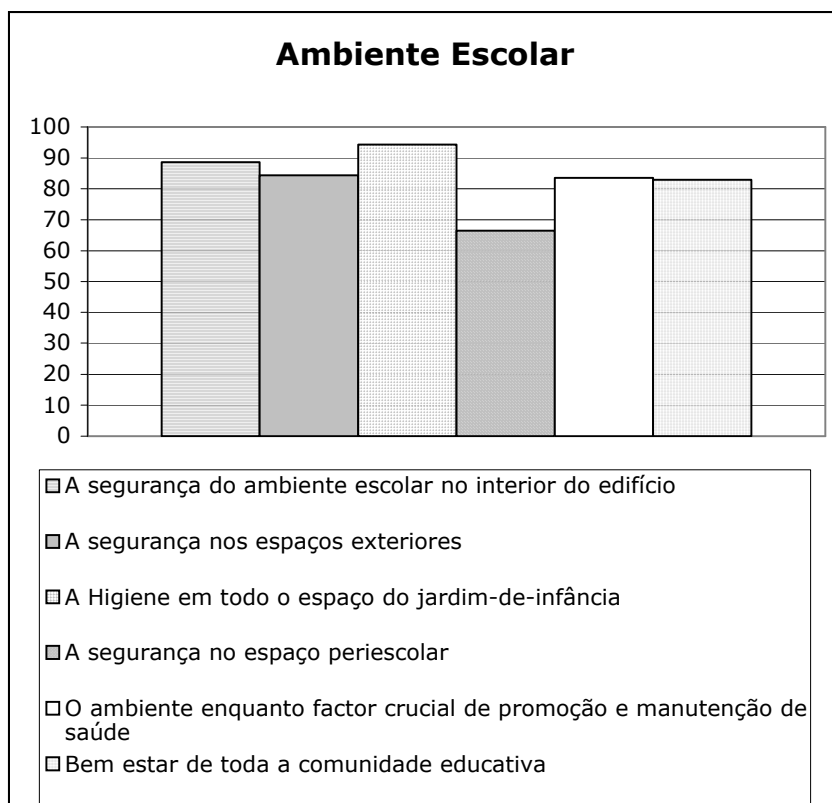


Gráfico 31 – Ambiente escolar

Quanto ao princípio do ambiente escolar (gráfico 31), podemos concluir claramente que mais de 60% dos educadores consideram que o Ambiente é uma das preocupações do jardim-de-infância.

Os educadores consideram que o seu Jardim-de-Infância se preocupa com as questões relacionadas com as condições de Higiene e Segurança, assim como com as condições de segurança nos espaços interiores e exteriores do Jardim-de-Infância. Um menor número de educadores considera que o seu Jardim-de-infância também se preocupa com o espaço periescolar. O facto de os educadores pensarem que o seu jardim-de-infância não se preocupa tanto com o espaço periescolar e o facto de terem demonstrado algum interesse em receber formação nessa área pode reflectir uma necessidade de formação. O ambiente enquanto factor crucial de promoção e manutenção da saúde é também considerado pelos

educadores como algo com que o seu jardim-de-infância se preocupa, bem como com o bem-estar de toda a comunidade educativa.

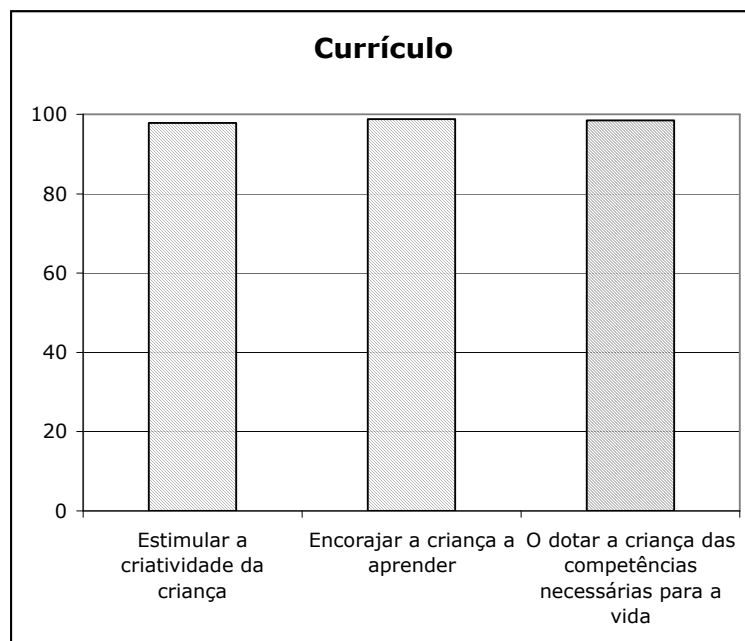


Gráfico 32 - Currículo

O currículo (gráfico 32) é uma das preocupações manifestadas pelos educadores, na medida em que quase 100% dos respondentes o referem como importante para estimular a criatividade da criança, encorajá-la a aprender e a dotá-la com as competências necessárias para a vida.

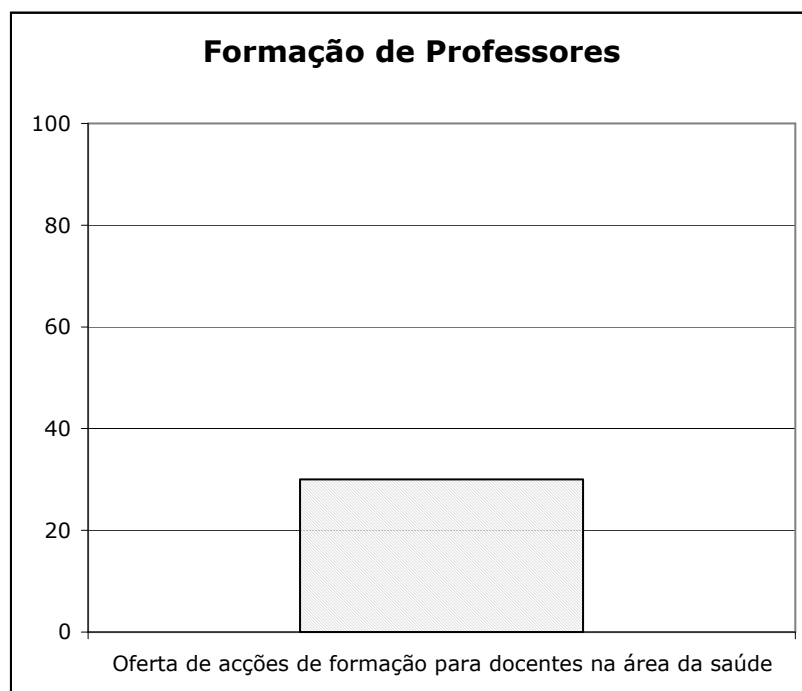


Gráfico 33 – Formação de professores

Quanto à oferta de formação para docentes na área da saúde (gráfico 33), parece ser uma preocupação menor do Jardim-de-Infância, na medida em que 70% dos educadores não consideram que este se preocupe com a oferta de formação para docentes na área da saúde.

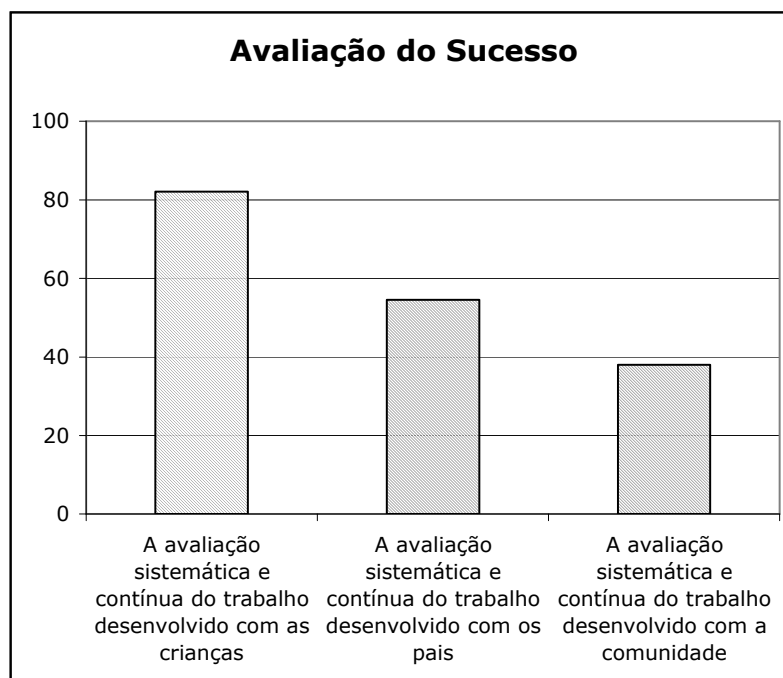


Gráfico 34 – Avaliação do sucesso

No que se refere ao princípio da avaliação do sucesso (gráfico 34), os educadores de infância têm a percepção que o jardim-de-infância se preocupa em desenvolvê-lo com as crianças e não tanto com a avaliação do trabalho com pais e comunidade.

Estes resultados podem estar relacionados, mais uma vez, com os que obtivemos relativamente ao princípio do “empowerment” da comunidade educativa, através dos quais pudemos perceber que os educadores não aplicam no quotidiano o conceito da promoção da saúde, no que diz respeito à participação da comunidade, apesar de parecer que se apropriaram do mesmo.

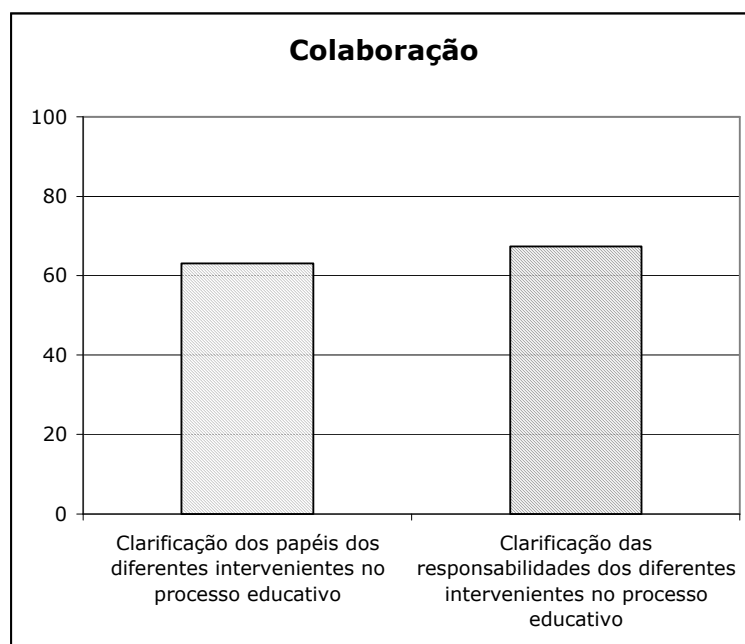


Gráfico 35 – Colaboração

No que se refere ao princípio da colaboração (gráfico 35), mais de 60% dos educadores diz que o seu jardim-de-infância se preocupa em clarificar os papéis e as responsabilidades dos diferentes intervenientes no processo educativo.

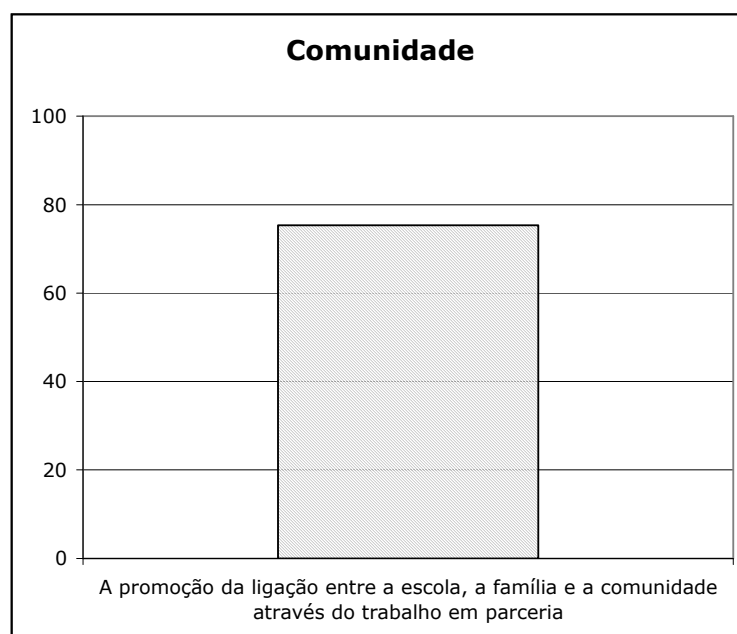


Gráfico 36 – Comunidade

Em relação ao princípio da Comunidade (gráfico 36) que diz respeito à promoção da ligação entre o Jardim-de-infância, família e comunidade na qual o Jardim-de-infância se insere, 75,4% dos educadores diz que o seu jardim-de-infância se preocupa em promover essa ligação através do trabalho de parceria.

Podemos dizer, em síntese, que no que se refere aos Princípios de um Jardim Promotor de Saúde e na “voz” dos educadores que lá exercem a sua actividade, que os jardins-de-infância se preocupam com todos os princípios respeitantes à criança e ao trabalho desenvolvido com elas, com o currículo e o ambiente escolar e, embora considerando importante a participação dos pais e da comunidade na vida da escola, quando de facto se trata de tornar efectiva essa participação, os educadores evidenciam alguma resistência. Por exemplo, na partilha de decisões relativas à construção do Projecto Pedagógico, na planificação de actividades e tomada de decisões assim como a avaliação que é realizada sobre esse trabalho. Também se verifica menor preocupação em clarificar por parte do jardim-de-infância os papéis e as responsabilidades dos diferentes intervenientes no processo educativo das crianças que frequentam no jardim-de-infância.

CAPITULO V – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES AO CENTRO DE FORMAÇÃO DA APEI

Neste capítulo apresentaremos as conclusões e algumas recomendações ao Centro de Formação da APEI, fruto do desenvolvimento do trabalho aqui exposto.

A Promoção da Saúde em meio escolar é demasiado importante para que não exista um maior investimento por parte das entidades formadoras nesta área, importância reconhecida no recente Protocolo assinado entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, no passado dia 7 de Fevereiro. Este protocolo visa precisamente a *“dinamização da promoção da saúde em meio escolar”*, referindo na sua Clausula Segunda que o Ministério da Educação se compromete *“a dinamizar no sistema educativo os princípios e as práticas da promoção da saúde em meio escolar, nomeadamente através de; a) estudo, reorganização e revitalização dos curricula do ensino pré-escolar, do ensino básico e do ensino secundário, na perspectiva do desenvolvimento curricular da educação para a saúde nos projectos de escola e de turma; c) adopção, por parte das Escolas, de políticas e práticas condizentes com a promoção da Saúde, nomeadamente nas questões de saúde mental, das relações interpessoais, da educação alimentar, da educação sexual, da prevenção do consumo de substâncias lícitas e/ou ilícitas, da prevenção do VIH/Sida e outras IST, da segurança ao nível das instalações e equipamentos de actividade física.”*²⁵

Vimos como o conceito de saúde se alterou face às mudanças sociais das últimas décadas. Do conceito de saúde no início do século XX que colocava a tónica na doença e na forma como a tratar, passa-se gradualmente para o conceito que coloca a tónica na saúde e na forma de

prevenir a doença. Realizaram-se importantes conferências nos anos oitenta, sendo a Conferência de Ottawa uma das mais referenciadas por ter surgido pela primeira vez o conceito de Promoção de Saúde. Este conceito, como vimos, é um conceito positivo, dinâmico e permanente que se desenvolve ao longo de toda a vida. Implica uma relação de parceria entre todos os elementos da comunidade, com o objectivo de todos e cada um ser agente da sua própria saúde e adquirir as competências necessárias para a gerir. Viver bem consigo próprio traz ganhos acrescidos ao nível da comunidade, pois implica viver bem com os outros. Implica, também, adquirir o sentido crítico e o poder de tomar decisões acertadas quanto ao curso da sua vida.

Por outro lado, referimos também a importância da educação pré-escolar na “construção de cidadãos saudáveis”, pois a promoção da saúde é um conceito que importa ser iniciado o mais precocemente possível. E porque a criança é educada por um conjunto alargado de pessoas, o jardim-de-infância deve trabalhar em parceria com os pais e a comunidade onde se insere, com quem divide a responsabilidade de educar a criança. A parceria é um dos princípios fundamentais de uma Escola/Jardim-de-infância Promotor de Saúde.

O nosso problema de investigação, reflexo das nossas motivações profissionais, visava, por um lado, conhecer os temas na área da Saúde em que os educadores de infância estão interessados em frequentar acções de formação e, por outro lado, poder delinear estratégias para os temas por eles menos escolhidos mas considerados essenciais na Promoção da Saúde. Detentor desse conhecimento, pode assim, o Centro de Formação da APEI delinear o seu plano de acção futuro relativamente à temática da Saúde.

Como metodologia de estudo, pareceu mais adequado a aplicação do questionário. Assim, aplicámos o questionário aos dois mil e setecentos educadores de infância, associados da APEI, distribuídos pelo território nacional, tendo sido devolvidos quatrocentos e noventa e nove questionários, o que representa 18,48% de respostas. Os questionários foram enviados com a publicação trimestral da APEI, Outubro/Novembro/Dezembro de 2005 e devolvidos pelos respondentes durante o mês de Janeiro. A amostra que nos foi possível obter é constituída por educadores de infância do sexo feminino, sendo apenas um do sexo masculino, com uma média da faixa etária acima dos quarenta anos e entre os sete e os vinte e quatro anos de serviço. A maioria dos educadores (67,9%) desempenha a sua actividade docente em contexto de jardim-de-infância nas instituições pertencentes à Rede Pública ou à Rede Privada Solidária (IPSS). Quanto às habilitações literárias mais de 50% dos educadores possui a licenciatura. Os inquiridos receberam, na sua maioria, formação na área da saúde, quer através do ensino numa disciplina específica, quer através da integração destes conteúdos noutras disciplinas. Alguns frequentaram acções de formação longa ou breve sobre a saúde. Foram os educadores com a Licenciatura ou Complemento de Formação que frequentam significativamente mais acções de formação breve que os outros (bacharelato e mestrado).

Tínhamos como objectivos de estudo saber:

1º - qual a noção que os educadores de infância tinham acerca do conceito de Promoção da Saúde e

2º - quais as estratégias a implementar futuramente no âmbito da formação contínua por parte da APEI.

Considerando que o item escolhido por mais de 3/4 da população respondente define a promoção da saúde como a promoção do bem-estar físico, mental e psicológico na criança, na família e na comunidade,

podemos afirmar que há, no conceito usado pelos educadores, a consciência de que a saúde não se restringe ao físico e ao individual, alargando-se às dimensões mental e psicológica do bem-estar do indivíduo e da comunidade.

O item “Desenvolvimento de um trabalho de parceria com pais, comunidade, organizações e Centros de Saúde no domínio da saúde” com 67,2% das respostas, indica também que os educadores consideram que a promoção da saúde implica um trabalho conjunto de todos os envolvidos no processo educativo em prol de uma boa saúde para todos.

O item “Promoção de um estilo de vida saudável” com 42,6% de respostas, aponta também para a importância da adopção de uma forma de estar e viver a vida de forma saudável, fazendo as escolhas acertadas em termos de uma boa saúde e da sua gestão.

O facto de os educadores terem recebido formação na área da Saúde poderá ser responsável por esta forma de perspectivar o conceito de Promoção da Saúde. Importa, contudo, questionar em que medida esta identificação do conceito se traduz em práticas efectivas de promoção da saúde em todas as suas áreas. Como verificámos existem áreas pouco desenvolvidas pelos educadores nos seus projectos curriculares de sala, como é o caso da educação sexual, consumos nocivos e educação para o consumo.

Podemos também concluir que os educadores inquiridos pensam que os jardins-de-infância onde trabalham, “vivem” os Princípios de uma Escola Promotora de Saúde. Contudo, ainda que considerem a participação dos pais e da comunidade como importante para o sucesso educativo, quando efectivamente se questiona acerca da forma como essa participação se

realiza (por exemplo, na construção do Projecto Educativo, na tomada de decisões, planificação das actividades e avaliação do trabalho desenvolvido com esses pares), verificamos que existe resistência à colaboração da comunidade. Por outro lado, a sua acção educativa, desde a planificação à avaliação, continua a centrar-se muito na criança.

Quanto ao nosso objectivo de saber quais os temas incluídos pelos educadores nos seus Projectos Curriculares de Sala e qual o tempo que lhes dedicavam, a Educação Alimentar, a Educação Ambiental, a Saúde Oral e a Segurança são os principais. Contudo, algumas questões se nos colocam: são estes os temas porque são os assuntos que lhes são mais familiares? Ou de mais fácil tratamento? Ou acerca dos quais têm mais conhecimentos adquiridos? São assuntos que “reconhecem”? Por estas razões são assuntos em que não demonstram interesse em frequentar acções de formação contínua? Os nossos dados não nos permitem responder à questão por que são estes e não outros os temas mais trabalhados. São apenas algumas questões, possíveis pistas para futuros trabalhos...

Quanto aos temas e assuntos em que os educadores de infância demonstraram ter pouco ou nenhum interesse em frequentar acções de formação, deverão desenvolver-se estratégias para a motivação do tema, o que, possivelmente poderá ser feito mediante breves acções de sensibilização. O Centro de Formação da APEI poderá em parceria com outras instituições, começar por dinamizar acções de curta duração – cerca de 3 horas – à semelhança do que vem fazendo ao longo do último ano nos últimos sábados de cada mês, sob a designação de “Sábados Temáticos” e que têm tido por parte dos educadores forte adesão. Só a partir do interesse e da motivação para os temas se poderá pensar posteriormente em acções de formação para seu aprofundamento e levando os educadores a inclui-los nos seus Projectos Curriculares de Sala.

No que se refere ao assunto “Prevenção rodoviária” associado ao tema “Prevenção de Acidentes”, assunto em relação ao qual os educadores estão pouco ou nada interessados em receber formação nesta área, e tendo em conta a pertinência do tema, poderá ser muito interessante o Centro de Formação da APEI estabelecer protocolo de colaboração com o Centro de Formação “Educação Rodoviária e Cidadania” da Prevenção Rodoviária Portuguesa, o qual tem vindo a desenvolver as suas actividades no sentido de conseguir a progressiva integração da educação Rodoviária na Educação Pré-Escolar²⁶. O site na web do Centro de Formação atrás citado refere que *“A Educação Rodoviária é um processo de formação ao longo da vida do cidadão como passageiro, peão e condutor, que implica o desenvolvimento de competências que permitam viver em segurança no ambiente rodoviário, assim como o desenvolvimento de atitudes e valores como o respeito, a responsabilidade e a tolerância enquanto componentes essenciais da educação para a cidadania. Ainda que seja possível constatar um interesse crescente da sociedade pela Educação Rodoviária, verifica-se, igualmente a existência de obstáculos à sua integração no sistema educativo, nomeadamente:*

- a) a predominância de uma perspectiva essencialmente teórica;*
- b) a inexistência de material didáctico;*
- c) a insuficiente formação inicial e contínua dos docentes sobre a Prevenção Rodoviária.*

Também o tema “Educação sexual” poderia seguir o mesmo princípio do acima descrito e estabelecer um protocolo de colaboração com a Associação para o Planeamento da Família, dado que esta associação tem formadores especializados nesta área a qual é da máxima importância, pois como refere a OMS, a *“Saúde sexual é a integração dos aspectos somáticos, afectivos, intelectuais e sociais do ser sexuado, de*

maneira a causar um enriquecimento da personalidade humana, da comunicação e do amor.”

Perguntamo-nos, chegadas agora ao final desta dissertação sobre a temática da Promoção da Saúde na Educação Pré-Escolar, que impacto este estudo poderá ter futuramente. Pensamos que poderá vir a ser uma espécie de “guia” para os Centros de Formação que queiram organizar formação nesta área e para os profissionais responsáveis pela formação tendo em conta os resultados que obtivemos. Pensamos também que no caso do Centro de Formação da APEI seguir as recomendações traçadas neste trabalho de investigação, seria importante desenvolver um dispositivo de acompanhamento das acções para avaliar, através de um novo questionário, qual o impacto que as acções de formação organizadas sobre os temas considerados actualmente “menos importantes” pelos educadores de infância, tiveram sobre a sua actuação futura e integração nos seus Projectos Curriculares de Sala.

Muito ainda está por fazer nesta matéria mas ...

“O caminho faz-se caminhando”.

Referências bibliográficas

- 1 *Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras de Saúde*, Editorial do ME, Fev.1999, 2ª edição.
- 2 Pereira, Madalena. *Promoção da Saúde na Educação Pré-Escolar – concepções e práticas das Educadoras de Infância em Educação para a Saúde*. Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre apresentada na FML, UL, 2000.
- 3 Pereira, Fernanda Alves. Cadernos de Educação de Infância, nº 57, 2001,pag. 4.
- 4 Diário da República. Estatutos da Associação de Profissionais de Educação de Infância. III Série nº 205 de 6 de Setembro de 1991, Artº 2º,
- 5 Cadernos de Educação de Infância, nº 57, 2001.pag. 9.
- 6 Silva, Luísa Ferreira da. *Promoção de Saúde*. Universidade Aberta, 2002, pag.11
- 7 Buss, Paulo Marchiori. *Promoção da saúde e qualidade de vida*. S/data.
- 8 Almeida, Lúcio Meneses de. *Medicina. Sociedade e saúde pública: a evolução da saúde pública-medicina comunitária ao longo dos tempos*. Anamnesis 2004;13 (128):35-38

- 9 Natário, Emília. *Expectativas de pais e educadores de infância sobre a educação para a saúde da criança em idade pré-escolar. Elementos para a intervenção em Saúde Escolar*. Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de mestre na FML, UL, 1994
- 10 Natário, Emília. *Conhecimentos e preferências sobre saúde de crianças em idade pré-escolar*. Revista portuguesa Saúde Pública, Lisboa, 1996, pag.5
- 11 OMS, Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá. 17-21 Novembro de 1989, in:
<http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005525.pdf> (13-10-2005)
- 12 Ministério da Educação/Departamento de Educação Básica/Núcleo de Educação Pré-escolar. *Pensar formação três*. Lisboa, Ministério da Educação, 2003
- 13 Oliveira, Dora Lúcia de. *A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação*. Revista Latino-am Enfermagem, 2005 Maio-Junho;13(3):423-31
- 14 Díaz, Carlos Alvarez-Dardet. *La promoción de la salud*. s/data, <http://www.ua.es> (18-11-2005)
- 15 Araújo, Isabel Maria Batista de. *Aprendem doença, educam para a saúde*. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade do Minho, Braga, 2004

- 16 Bowling, 1994 citado por Araújo, Isabel Maria Batista de. *Aprendem doença, educam para a saúde*. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade do Minho, Braga, 2004
- 17 Perfil Geral de Desempenho Profissional do Educador de Infância - Decreto lei n.º 240/2001
- 18 Lei de Bases do Sistema Educativo – Lei nº 49/2005 de 30 de Agosto
- 19 Lei-Quadro da Educação Pré-escolar - Lei n.º4/97 de 10 de Fevereiro
- 20 Orientações Curriculares para a Educação Pré - Escolar (Despacho n.º 5220/97 (2ª série), de 10 de Julho, publicado no D.R. nº178, II Série, de 4 de Agosto). Ministério da Educação, Departamento da Educação Básica, Gabinete para a Expansão e Desenvolvimento da Educação Pré-Escolar, Editorial do Ministério da Educação, Lisboa, 1997
- 21 Correia, Maria Adelaide Pinto. *Memória de 30 anos na Saúde Escolar*, Livros Horizonte, Lisboa, 1990.
- 22 Loureiro, Isabel. *O que é a saúde na escola*. Editorial do Ministério da Educação, 2000
- 23 Commission of the European Communities Europe against Câncer Programme. *The Healthy School*. Belgique, s/d

- 24 Reis, Isabel. *Vinte e um critérios da Escola Promotora de Saúde*. VIII Módulo do Mestrado em Saúde Escolar, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- 25 http://www.dgs.pt/pagina_Registo_Aspx?back=1&id=9433 (28-12-2005)
- 26 http://www.prp.pt/educacao/edu_infan_profs/index.asp (28-12-2005)
- 27 Rodrigues, Maria José Afonso Magalhães. *Escolas e Centros de Saúde – uma parceria possível- Contributo para a construção de uma Escola Promotora de Saúde*. Dissertação de Tese de Mestrado apresentada na Universidade de Trás-os- Montes e Alto Douro, Vila Real, 2001
- 28 Alves, Nuno José Corte-Real Correia. *O Programa de Promoção e Educação para a Saúde e a “construção” das Escolas Promotoras de Saúde- que desafios para o presente e o futuro?*. Dissertação de Tese de Mestrado apresentada na Universidade de Trás-os- Montes e Alto Douro, Vila Real, 1998
- 29 Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI – 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 21-25 de Julho 1997, Jacarta, República da Indonésia.
- 30 Lalonde, Marc. *The New Perspectives on the Health of Canadians – a working document*. Ottawa, April, 1974

- 31 Vilarinho, Maria Emília. *Políticas de Educação Pré-escolar em Portugal(1977-1997)*.Lisboa, Instituto de Inovação Educacional, 2000.
- 32 Formosinho, Júlia. *Modelos Curriculares para a Educação de Infância.*,Porto Editora, 1998, p.11
- 33 Bairrão, Joaquim e tal. *Perfil Nacional dos cuidados prestados às crianças com idade inferior a seis anos.*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian,1990
- 34 Silva, Isabel Lopes. *Formação de professores por competências – Projecto FOCO.* Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 199, p. 54
- 35 Ministério da Educação. *A Educação Pré-Escolar e os cuidados para a Infância em Portugal.* Departamento de Educação Básica, Lisboa, 2000.
- 36 Vasconcelos, Teresa. *Educação de Infância em Portugal: Situação e Contextos numa Perspectiva de Promoção de Equidade e Combate à Exclusão.* Conselho Nacional de Educação, Lisboa, 2003
- 37 Formosinho, J. *Legislação*, Ministério da Educação, 1997,p.33
- 38 Ogden, Jane. *Psicologia da saúde.* Lisboa, Climepsi Editores, 2004, p.16-17

- 39 O Regime Jurídico do Desenvolvimento da Educação Pré-Escolar
Decreto-Lei Nº 147/97 de 11 de Junho
- 40 Landsheere, Viviane. *Educação e formação*. Edições
Asa,Lisboa,1994.p.241
- 41 Hubermann, Michael. *O ciclo de vida profissional dos professores*, in
Nóvoa, António, *Vidas de professores*. Lisboa, Porto Editora, 2ª
Edição, 1995, p.31-61,
- 42 www.giase.min-edu.pt (07-05-2006)
- 43 Ghiglione, Rodolphe e Matalon, Benjamin. *O Inquérito:Teoria e
Prática*.Oeiras, Celta Editores,4ª edição,2005
- 44 Hill, Manuela Magalhães e Hill. Andrew. *Investigação por
questionário*. Lisboa, Edições Sílabo, lda,, 2ª Edição,2002
- 45 <http://apei.no.sapo.pt> (16-05-2006)
- 46 Rodrigues, Mª Ângela Perpétua. *Metodologias de Análise de
Necessidades de Formação na Formação Profissional Contínua de
Professores*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação na
área de Formação de Professores apresentada na Faculdade de
Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa,
Lisboa, 1999.

47 Guéguen, N. *Manual de Estatística para Psicólogos*. Lisboa
Climepsi Editores, 1999

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário

QUESTIONÁRIO

OBJECTIVO	O presente questionário destina-se a um estudo sobre as necessidades de formação dos (as) Educadores (as) de Infância no domínio da Promoção da Saúde na Educação Pré-Escolar realizado no âmbito do mestrado em Saúde Escolar da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
Destinatários	Educadores (as) de Infância associados da Associação de Profissionais de Educação de Infância (APEI) a desempenharem funções docentes no presente ano lectivo.
Requerente	Maria Leonor Albuquerque, mestranda do III Mestrado em Saúde Escolar da FML – UTL
Confidencialidade	As respostas anónimas são confidenciais.
Pedido	Solicitamos que responda a todas as questões.
Devolução	Solicitamos que depois de preenchido nos devolva o questionário utilizando o envelope enviado para o efeito.

Agradecemos, desde já, a sua colaboração sem a qual não seria possível a realização deste estudo.

I Parte – Dados de Identificação

Assinale com uma cruz as suas respostas às questões da 1 a 4.

1. Idade

Menos de 30 anos	<input type="checkbox"/>
Entre 30 a 39 anos	<input type="checkbox"/>
Entre 40 a 49 anos	<input type="checkbox"/>
Mais ou igual a 50 anos	<input type="checkbox"/>

2. Sexo

Masculino ☐

Feminino ☐

3. Anos de serviço docente

1 a 3 anos	<input type="checkbox"/>
4 a 6 anos	<input type="checkbox"/>
7 a 24 anos	<input type="checkbox"/>
25 a 34 anos	<input type="checkbox"/>
35 a 40 anos	<input type="checkbox"/>

4. Contexto em que desenvolve a sua actividade

Creche	<input type="checkbox"/>
J. Infância	<input type="checkbox"/>
ATL	<input type="checkbox"/>
Apoios Educativos	<input type="checkbox"/>
Administrativo	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>

Qual? _____

5. Rede à qual pertence a sua instituição

Oficial	<input type="checkbox"/>
Particular e Cooperativo	<input type="checkbox"/>
IPSS	<input type="checkbox"/>
Autarquia	<input type="checkbox"/>
Associação de pais	<input type="checkbox"/>
Outra	<input type="checkbox"/>

Qual? _____

II Parte - Habilitação profissional e Formação na área da Saúde

6 - Habilitação profissional

(Assinale com uma cruz a habilitação ou as habilitações que possui.)

Bacharelato em Educação de Infância	<input type="checkbox"/>
Complemento de formação	<input type="checkbox"/>
Licenciatura em Educação de Infância	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>
Doutoramento	<input type="checkbox"/>

7. Ao longo do seu percurso profissional teve formação na área da Saúde? (assinale com uma cruz as suas repostas)

Sim, tive ensino numa disciplina específica	<input type="checkbox"/>
Os conteúdos de Saúde estavam integrados noutra (s) disciplina (s)	<input type="checkbox"/>
Sim, frequentei uma acção de formação longa (mais de 15 horas) sobre esta temática	<input type="checkbox"/>
Sim, frequentei acções breves (menos de 15 horas) sobre esta temática	<input type="checkbox"/>

III Parte – Saúde Escolar

8. Encontra seguidamente um conjunto de frases que definem o conceito de Promoção da Saúde. Assinale com uma cruz as três frases que melhor traduzem o seu conceito de Promoção da Saúde no contexto da Educação de Infância.

1	É um processo de desenvolvimento permanente na vida do ser humano.	
2	É a informação dos técnicos de saúde sobre os cuidados a ter com a saúde.	
3	É desenvolver na criança a autonomia e o espírito crítico que lhe permita ser responsável, fazer escolhas e tomar decisões no seu dia-a-dia.	
4	É a intervenção dos técnicos da saúde no Jardim-de-infância.	
5	É o exercício de modelo de excelência, por parte do educador, no que diz respeito a comportamentos saudáveis.	
6	É ensinar a evitar comportamentos prejudiciais à saúde	
7	É promover um estilo de vida saudável.	
8	É ensinar a eliminar hábitos nocivos à saúde.	
9	É desenvolver um trabalho de parceria com os pais, comunidade, organizações e Centros de Saúde no domínio da Saúde.	
10	É o exercício de modelo de excelência, por parte dos médicos e enfermeiros, no que diz respeito a comportamentos saudáveis.	
11	É ensinar a prevenir as doenças.	
12	É promover o bem-estar físico, mental e psicológico na criança, na família e na comunidade.	

9. Encontra nas 3 questões seguintes uma lista de temas no domínio da Educação para a Saúde.

9.1. Assinale com uma cruz os temas que a equipa que elaborou o Projecto Educativo da sua Escola considerou.

	Sim	Não	Não sei
Educação alimentar			
Saúde oral			
Educação sexual			
Prevenção de acidentes			
Prática desportiva			
Educação para o consumo			
Consumos nocivos			
Educação ambiental			
Segurança			

Se trabalha na Rede Particular e Cooperativa ou numa IPSS passe para a questão 9.3.

9.2. Assinale com uma cruz os temas que a equipa que elaborou o Projecto Pedagógico (do jardim-de-infância) considerou.

	Sim	Não	Não sei
Educação alimentar			
Saúde oral			
Educação sexual			
Prevenção de acidentes			
Prática desportiva			
Educação para o consumo			
Consumos nocivos			
Educação ambiental			
Segurança			

9.3. Assinale com uma cruz os temas que considerou na elaboração do seu Projecto Curricular (de sala).

Educação alimentar	
Saúde oral	
Educação sexual	
Prevenção de acidentes	
Prática desportiva	
Educação para o consumo	
Consumos nocivos	
Educação ambiental	
Segurança	

10. Quanto tempo lhes dedica aproximadamente? Utilize a escala que se apresenta assinalando com uma cruz.

1 (Quase nunca)
2 (Ocasionalmente – cerca de 2 vezes por mês)
3 (Às vezes – cerca de 1 vez por semana)
4 (Regularmente – praticamente todos os dias)

	1	2	3	4
Educação alimentar				
Saúde oral				
Educação sexual				
Prevenção de acidentes				
Prática desportiva				
Educação para o consumo				
Consumos nocivos				
Educação ambiental				
Segurança				

11. Indique, marcando com uma cruz e utilizando a escala que se apresenta, os temas que poderá estar interessado/a em ver tratados em acções de formação contínua a frequentar:

1 (Nada interessada/o)
2 (Pouco interessado/a)
3 (Nem muito nem pouco interessado/a)
4 (Muito Interessado/a)

		1	2	3	4
1	Desenvolvimento da criança				
2	Conceitos básicos de nutrição e alimentação saudável				
3	Necessidades alimentares e fases do desenvolvimento humano				
4	Saúde oral e crescimento				
5	Saúde oral e cuidados de saúde				
6	Desenvolvimento humano e sexualidade				
7	Afectos e relações interpessoais				
8	Prevenção de acidentes em meio escolar e periescolar				
9	Prevenção rodoviária				
10	Prática desportiva e vida saudável				
11	Prática desportiva e desenvolvimento pessoal				
12	Educação para o consumo				
13	Consumo e sociedade				
14	Consumos nocivos e saúde física				
15	Consumos nocivos e saúde mental				
16	Ambiente, cidadania e saúde				
17	Desenvolvimento e preservação do meio ambiente				
18	Segurança em meio escolar e familiar				
19	Segurança em zonas de trabalho, lazer e recreio				
20	Promoção da Saúde – conceitos e evolução				
21	Avaliação de projectos em Saúde Escolar				
22	Metodologia de projecto em programas de Saúde Escolar				
23	Construção do Projecto Educativo na área da Saúde Escolar				
24	Construção de um currículo de Promoção da Saúde no Jardim-de-Infância				
25	Necessidades de Saúde Especiais				

12. Utilizando a escala que se apresenta, diga em que medida considera que o seu Jardim-de-Infância se preocupa com (indique com uma cruz):

		Sim	Não	Não sei
1	A promoção da aprendizagem da criança.			
2	A promoção do desenvolvimento pessoal da criança.			
3	A promoção de saúde da criança.			
4	A promoção do desenvolvimento máximo de cada criança, livre de qualquer discriminação.			
5	A promoção do desenvolvimento emocional e social de cada criança.			
6	A melhoria das capacidades das crianças.			
7	A mudança positiva dos comportamentos e atitudes na criança.			
8	A promoção do trabalho em equipa com professores e colegas.			
9	A participação da comunidade educativa na construção do Projecto Pedagógico.			
10	A participação da comunidade educativa na tomada de decisões.			
11	A participação da comunidade educativa na planificação das actividades.			
12	A segurança do ambiente escolar no interior do edifício.			
13	A segurança nos espaços exteriores.			
14	A higiene em todo o espaço (interior e exterior) do Jardim-de-Infância.			
15	A segurança no espaço periescolar.			
16	O ambiente enquanto factor crucial de promoção e manutenção de saúde.			
17	O bem-estar de toda a comunidade educativa.			
18	O estimular a criatividade da criança.			
19	O encorajar a criança a aprender.			
20	O dotar a criança com as competências necessárias para a vida.			

		Sim	Não	Não sei
21	A oferta de acções de formação para docentes na área da saúde.			
22	A avaliação sistemática e contínua do trabalho desenvolvido com as crianças.			
23	A avaliação sistemática e contínua do trabalho desenvolvido com os pais.			
24	A avaliação sistemática e contínua do trabalho desenvolvido com a comunidade.			
25	A clarificação dos papéis dos diferentes intervenientes no processo educativo.			
26	A clarificação das responsabilidades dos diferentes intervenientes no processo educativo.			
27	A promoção da ligação entre a escola, a família e a comunidade através do trabalho em parceria.			

Agradeço, mais uma vez, a sua colaboração.

Anexo 2 – Carta da Presidente da APEI

Lisboa, 30 de Novembro de 2005

Cara(o) associada(o)

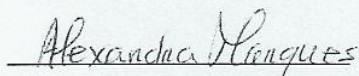
Junto com o nº 76 da revista Cadernos de Educação de Infância recebeu um questionário da responsabilidade da mestrandia Maria Leonor Albuquerque.

Solicita-se a colaboração de todas(os), considerando que os resultados do estudo em que este questionário se enquadra, designadamente, no que concerne às necessidades de formação da(o)s educadoras(es) de infância no domínio da Promoção da Saúde Escolar, serão disponibilizados à APEI, como indicador significativo para a definição de prioridades na oferta de formação contínua.

Para o efeito agradece-se o preenchimento do questionário e sua devolução via correio postal, usando para o efeito o envelope RSF (não necessita de selo) que também lhe enviamos.

Gratos pela colaboração que estamos certos prestará para a realização deste estudo, apresentamos os nossos cordiais cumprimentos.

Atenciosamente



Alexandra Marques
Presidente da Direcção